

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N° 498

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Antoine CHAÏA

né le 7 Juillet 1910, à Mana (Guyane Française)



CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA MALADIE DE HANSEN EN GUYANE FRANÇAISE

Président : M. TANON, Professeur

LES PRESSES MODERNES

96 Galerie Beaujolais Palais-Royal

PARIS (1^{er})

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547523_0080

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA MALADIE DE HANSEN
EN GUYANE FRANÇAISE**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

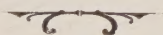
Antoine CHAÏA

né le 7 Juillet 1910, à Mana (Guyane Française)



CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA MALADIE DE HANSEN EN GUYANE FRANÇAISE

Président : M. TANON, Professeur



LES PRESSES MODERNES

96 Galerie Beaujolais Palais-Royal

PARIS (1^{er})

1939



I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de Neuro chirurgie	Clovis VINCENT.
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIÉ.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Étienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) ..	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
M ^{lle} J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiâtrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHT	Physiologie.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.

MM.

LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE-			
RY-RADOT ...			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire vénérée de mon Père

A ma Mère

*Elle est pour ses enfants le symbole de la
droiture et du dévouement. Hommages de
profond amour filial.*

A mon Frère aîné

*Qu'il trouve dans ce modeste travail toute
ma reconnaissance et ma gratitude pour sa
constante sollicitude et sa bienveillance.*

A tous les Miens

*Votre pensée continuera toujours de me
guider dans la vie.*

A mes Amis

A mon ami Pierre GARANGER

Philosophe

*Tu as été un maître affectueux, ton amitié
est pour moi, un bien précieux et une force
bienfaisante.*

A notre président de thèse

Monsieur le Professeur Louis TANON

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a donné le sujet de cette thèse,
nous a éclairé de ses conseils et nous a fait
le grand honneur d'en accepter la présidence.
Hommages de respectueuse reconnaissance.*

A Monsieur le Professeur E. MARCHOUX

Professeur à l'Institut Pasteur
Grand Officier de la Légion d'Honneur

En nous accueillant avec sympathie, en guidant notre travail de vos précieux conseils, nous avons compris la valeur que vous attachiez à cet hommage que la France vous a rendu : « A consacré toute sa vie à la Médecine Coloniale ».

A Monsieur le Docteur Louis RAMOND

Médecin de l'Hôpital Laënnec

*Vous nous avez appris à aimer notre métier.
Vos leçons faites dans une atmosphère de
sympathie resteront toujours vivantes en
nous.*

A Monsieur le Docteur L. CHEVRIER

Chirurgien de l'Hôpital La Pitié

*Qui nous a accueilli si aimablement dans
son service. Témoignage de notre respec-
tueuse affection et de notre profond atta-
chement.*

A Monsieur le Docteur S. OBERLIN

Chirurgien à l'Hôpital La Pitié

*Marque de notre vive admiration et de
notre reconnaissance.*

A Messieurs les Docteurs

Gaston DURAND, Jacques DALSACE

A Monsieur le Professeur Henri CLAUDE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique des maladies mentales

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe à l'hôpital Sainte-Anne.*

A Monsieur le Docteur LEVY-VALENSI

Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôpital La Salpêtrière

Respectueux hommages.

A Monsieur le Médecin Commandant DUTREY

Médecin des Hôpitaux Militaires
Médecin de l'Hôpital Militaire de Versailles

*Hommages de profonde gratitude pour le
précieux enseignement reçu dans son ser-
vice.*

A Messieurs les Médecins Lieutenants-Colonels

Henri DELINOTTE et J. TISSEUIL

du Corps de Santé des Troupes Coloniales

INTRODUCTION

Depuis longtemps déjà, de nombreux médecins coloniaux ayant séjourné en Guyane avaient attiré l'attention des pouvoirs publics sur l'importance de plus en plus grande que prenait la maladie de Hansen.

Mais ni à la colonie, ni à la Métropole, une action décisive n'était venue apporter remède au mal. Un prudent silence enveloppait toutes les critiques que certains médecins coloniaux osaient formuler. A cette époque, parler de lèpre en Guyane aurait suscité de trop vives polémiques.

En France, cependant, de véhémentes protestations s'élevaient au sujet du manque total de mesures prophylactiques efficaces en Guyane française. Aux diverses conférences qui réunissaient les léprologues du monde entier, la situation de la Guyane préoccupait tous les esprits.

Jeanselme montre l'imminence du danger et de ses conséquences pour la population Guyanaise et pour la métropole.

Les léprologues français devant l'inertie des responsables clament :

La Guyane a honte de sonder son horrible plaie

Ce n'était malheureusement pas la seule plaie que la Guyane n'osait sonder. A côté de la lèpre, qu'une colonisation mal réglementée y a introduite, devait s'ajouter une tare toute aussi fatale pour le pays : *le bagne*.

A ces deux facteurs de démoralisation, les Guyanais responsables n'ont opposé que l'inaction. Cette attitude regrettable a eu pour conséquences directes, l'extension constante de la lèpre et l'installation définitive du bague en Guyane. C'est à l'étude d'une de ces « *plaies sociales* » que nous avons consacré notre thèse. En effet, au moment où la France entière pense à ses provinces d'outre-mer, il nous a paru utile de montrer l'état actuel de la lutte entreprise contre la lèpre en Guyane. La commission consultative de la lèpre au ministère des Colonies, par ses directives, oppose au fléau, sa prophylaxie rationnelle et ses méthodes humaines. L'organisation sanitaire pour la protection de la population s'étend et se développe. Nous avons fait l'historique des réglementations successives de la lèpre en Guyane française, depuis l'apparition du mal rouge jusqu'à nos jours. Un chapitre a été consacré aux croyances des habitants sur la lèpre, un essai modeste de psychologie a été esquissé. Enfin, en accordant aux œuvres des missions, une place dans notre travail, nous avons voulu rendre un vibrant hommage aux sœurs de Saint-Joseph de Cluny, qui, les premières, sous l'affectueuse autorité de la Mère Javouhey, ont apporté aux lépreux guyanais, un réconfort moral.

Qu'il nous soit permis de remercier au seuil de cette étude tous ceux qui nous ont aidé de leurs précieux conseils.

Que nos maîtres de la Faculté de Médecine de Paris et des hôpitaux, veuillent bien accepter l'hommage de notre reconnaissance pour les hauts enseignements que nous avons reçus et l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès de chacun d'eux.

En terminant nos études de médecine, nous sommes heureux de prouver à notre patrie notre attachement et notre foi ardente en sa renaissance.

Sauver la Guyane, par la protection de la population contre les endémies, par son relèvement moral et économique, c'est grandir le prestige de la France en Amérique du Sud.

Ce sera l'œuvre de ceux qui auront compris que le drapeau français doit flotter fièrement dans ce territoire du nouveau monde, que d'énergiques pionniers ont donné à la France depuis trois cents ans.

LES CROYANCES

L'extension du fléau en Guyane n'a pas eu seulement pour causes, les réglementations successives qui ont sévi en Guyane française. Si ces dernières ont fait faillite, elles ont cependant contribué à ranimer chez nos malades, les croyances que leurs ancêtres avaient importées en Guyane.

Elles ont été renforcées par le manque absolu de mesures prophylactiques, car les médecins eux-mêmes pensaient à l'incurabilité de la maladie. Ces mesures n'ont-elles pas consisté depuis que la lèpre existe en claustration, isolement, ségrégation, tous ces termes qui, malgré l'apparence d'atténuation dans le sens, conservaient le même fond de rigueur : séparer les bien portants des malades pour éviter la diffusion du fléau. Si, dans les pays occidentaux, ces méthodes de force, contraires aux lois morales, ont pû faire regresser la lèpre, dans nos vieilles colonies, elles ont permis, par l'impossibilité de leur application, la diffusion de la maladie par la contagion.

La population guyanaise sur laquelle sévit l'endémie est la synthèse de plusieurs fusionnements de races. « Elle est née d'éléments importés, venus à l'origine en majeure partie d'Afrique et de France et dont les descendants par fusionnement forment le fond de la population ».

« Les croisements entre mûlâtres, blancs et indiens sont rares et forment une infime partie de la population.

A côté de cette population née de croisements, se trouvent les nègres des bois, ou nègres Bosh, qui sont restés purs. Ils descendent d'anciens esclaves qui, au moment de l'abolition de l'esclavage ont fui dans les forêts. On distingue : les Oukas, les Polygoudoux, les Saramakas, et les Bonis. Ils se sont groupés, pratiquent le culte des esprits et forment une sorte de confrérie religieuse obéissant à un chef suprême, le Grand Man. Les superstitions africaines sont restées vivaces chez eux. Ils jouissent de la réputation de guérisseurs infaillibles pouvant écarter de vous à l'aide d'un talisman, toutes les maladies.

Si ces croyances sont plus atténuées dans le fond même de la population guyanaise, elles ont retrouvé un renouveau de faveur chez les malades terrifiés par le seul nom de l'Acarouany, chez ceux qui, malgré la thérapeutique voyaient évoluer leur mal ; chez ceux enfin, qui ayant essayé une drogue, fait une prière, ont remarqué une amélioration à la faveur d'une rémission passagère ou durable de la maladie.

Ainsi pour le plus grand malheur des malades, de nombreux guérisseurs exerçaient le métier de léprologues en Guyane. Ignorant tout de la maladie, mais experts dans l'art d'estorquer de l'argent et d'exploiter les malheurs d'une famille, ces méprisables individus se faisaient ainsi une rente appréciable.

Mais qui pouvait reprocher à un malade, à une famille, d'essayer une drogue du pays ? Ils se sentaient tous, tellement las, tellement abandonnés par la science. Cette dernière faisait alors son devoir en ordonnant le départ pour l'Acarouany. Le magnifique bouclier ! Il n'arrivait cependant pas à dissimuler aux malades la faiblesse et l'injustice de cette médecine.

A côté de ces charlatans avérés qui ont ruiné peut-être des familles, qui ont, par leurs conseils erronés, permis la contamination de nombreuses victimes, se trouve une autre catégorie de guérisseurs, aussi dangereux certes, mais plus sympatiques. Ceux-là certifient à qui veut les écouter qu'ils possèdent le secret de la guérison de la lèpre, ce secret leur aurait été légué par un de leurs ancêtres. Mais malgré toute la persuasion des médecins civils, on n'a jamais pû savoir exactement le nom de ceux qu'ils avaient guéris.

La légende prétend que c'est le fruit d'un arbre qui pousse très loin, dans la forêt, qu'il faut cueillir ce fruit à certaines époques de l'année. Mais jamais l'on a pû connaître le nom du fruit, de cet arbre et l'endroit où il pousse.

Les guérisseurs, vous apportent en effet, une drogue, un pot de confiture, qu'ils ont eux-mêmes préparés dans le plus grand secret.

Toutes ces allégations n'ont rien d'extraordinaire quand il s'agit de lèpre. L'histoire de la thérapeutique anti-lépreuse est là pour accorder un certain crédit aux croyances des habitants. La Guyane entière est un *désert d'arbres*; il ne serait pas impossible d'en trouver un ayant des propriétés thérapeutiques supérieures au Chaulmoogra.

Mais le mauvais côté de cette thérapeutique faite par des profanes est que souvent elle est accompagnée de conseils, donnés sous formes d'une conversation amicale.

La théorie la plus extravagante qui a connu la faveur du public est bien celle-là :

« La lèpre est une maladie du pays, aucun remède venant de France ne saura la guérir ».

« Les médecins ne connaissent pas la lèpre, ne savent pas la guérir, c'est pourquoi on envoie les malades à la léproserie de l'Acarouany.

« C'est enfin, une maladie du sang, de famille, il n'y a rien à faire contre elle ».

« Cependant, un remède créole donné par quelqu'un de compétent peut la guérir ! »

Tous ces conseils avaient pour résultat directs de jeter l'émoi dans les cœurs en même temps que le désordre. Toutes ces déformations lamentables des idées officielles sur la lèpre permettaient l'extension de la maladie et les victimes de ces erreurs ne se comptent plus.

Personne ne réagissait contre ces guérisseurs, ils avaient obtenu droit de cité, parce que la vieille théorie africaine sur la lèpre primait.

En Afrique, ne disait-on pas que c'était une maladie sans importance ? Effectivement, cette maladie n'a jamais éveillé en Afrique cette impression d'effroi mystique que l'occident lui a toujours réservée. Aussi ne prenait-on aucune précaution pour éviter la lèpre. Comment en serait-il autrement quand la contagion de la lèpre se montre si rare, que les malades sont si dispersés et que la femme du lépreux continue à vivre avec lui sans être atteinte elle-même ?

Aux Indes, n'était-il pas commun de rencontrer un mandiant lépreux. La croyance populaire voyait en la lèpre une des manifestations du Karma, personne n'osait refuser son obole aux mendiants. Ces derniers pouvaient ainsi largement s'enrichir.

Que faisait-on en Guyane ?

Personne n'osait parler de lèpre, on ne voulait plus penser à ce fléau qui guette les moindres défaillances. Les familles indemnes croyaient en l'hérédité de la maladie, les instituteurs, habitués à voir des élèves malades et élevés au milieu de ces croyances, n'attachaient guère d'importance

aux quelques cas qu'ils avaient sous les yeux. Le dépistage dans les écoles aurait suscité trop de polémiques. La susceptibilité des familles était tellement grande qu'on risquait de créer des conflits que la politique envenimait. Aucune précaution, les enfants sains jouent avec leurs camarades malades, s'embrassent, se battent. Mais qu'importe ? La lèpre est-elle contagieuse ?

Elle est héréditaire ! disent-ils, et combien d'autres assertions absurdes qui prenaient fin devant l'évidence le jour où fous de douleur, les parents constatent l'apparition d'une tache sur le corps de leur enfant. Le malheur serait moins grand, si on appelait un médecin, mais ce dernier était craint. Le décret de 1891 n'était-il pas suspendu à la porte de tout le monde ? De remèdes créoles en drogues importées des bois, l'enfant grandissait avec le mal. Chaque année amenait un nouveau progrès, et du bébé chéri, adoré, qui était la joie de cette petite famille imprudente, il ne reste plus qu'un malheureux, marqué par le plus terrible des maux et meurtri de désespoir.

Ces promiscuités lamentables, ces contacts permis ont duré trop longtemps, ont fait trop de victimes parmi les enfants pour que les guyanais eux-mêmes ne réagissent pas et ne prennent la tête du vaste mouvement anti-lépreux en Guyane. En respectant strictement les données de la prophylaxie, en apportant leur contribution dans une large mesure à cette campagne, les Guyanais accompliront un devoir social sacré.

C'est en témoignant ainsi leur confiance à tous ceux qui inlassablement se dévouent à la cause de la Guyane, qu'ils pourront fièrement secouer un passé fait d'apathie, d'inertie et d'incompréhension.

PSYCHOLOGIE DU LÉPREUX GUYANAIS

Lorsqu'au milieu d'une conversation, l'on vient à parler de la lèpre, et de ses conséquences sociales, l'observateur remarque d'abord une expression de stupeur, une sorte d'horreur dantesque, puis une expression de soulagement que cette phrase extériorise :

Mais cela n'existe plus ? C'était une maladie des époques révolues ?

L'endroit du monde où l'on situe volontiers une léproserie, c'est l'enfer de Dante. Voici ce que nous lisons dans le livre du Docteur Burnet, sur la lèpre :

« La lèpre ne signifie-t-elle pas dans le langage populaire, que membres estropiés, mains mutilées, faces convulsées, désespérées, grimaçantes et hideuses avec des regards torves, le tout dans des limbes sulfureux que percent, par çà, par là, des rayons de charité ! »

Cette image est encore vraie, vraie hier, moins vraie aujourd'hui, elle ne le sera plus demain. Ces mêmes sentiments d'horreur reviennent toujours, l'esprit ne pouvant s'habituer à ces déformations monstrueuses. Un léprologue distingué, n'écrivait-il pas que c'est le seul spectacle auquel il ne peut s'habituer ? Cependant, depuis 30 ans, il les soigne, les console, ranime en eux, la flamme de l'espérance. Mais ce spectacle est si triste, si affligeant, qu'un effort est nécessaire pour s'adapter, pour ne pas voir la détresse du malade et ne pas sentir celle qui torture l'âme du médecin devant son impuissance !

Le Docteur Burnet raconte :

« J'ai visité cent léproseries, à la dernière, plus encore qu'à la première, à la fin de chaque visite, plus encore qu'à l'arrivée, malgré toute ma sympathie d'homme et ma curiosité de médecin, j'éprouvais l'horreur spécifique. Je me rétractais, j'avais chaud et froid dans le dos, j'avais honte que de tels malades dans de telles conditions, existassent encore. Je savais que cela pouvait et devait ne plus exister. Le seul sentiment que je n'éprouvasse pas, c'était la peur, car à visiter une léproserie, il n'y a pas plus d'héroïsme que de danger ».

Pourquoi, à côté d'autres maladies plus horribles, plus meurtrières, fait-on une place si exceptionnelle à la lèpre ? C'est parce que la lèpre est encore une maladie exceptionnelle, chargée de l'antique malédiction.

Elle l'est parce qu'elle porte toujours la malédiction biblique et que cette malédiction s'accomplit par la ségrégation :

« Etant souillé, le lépreux demeurera seul et sa demeure sera hors du camp ».

Cette réaction de la société contre des malades qui souffrent physiquement autant que moralement a provoqué une réaction contraire, celle des malades vis-à-vis de la société.

Entre ces deux états d'esprit, eut lieu le drame le plus inhumain, le plus affreux de l'humanité !

Nous voudrions esquisser modestement l'attitude du lépreux en Guyane. Ceux que nous avons bien connu, jouissaient de toute leur liberté et étaient sûrs de la conserver. A cette époque, la campagne menée par les médecins coloniaux avait porté déjà, on n'envoyait plus les malades à l'Acarouany, l'isolement à domicile, à Cayenne même était toléré, même chez les pauvres.

Ce problème de psychologie est simple, il est semblable à tous ceux, auxquels les maladies sociales ont donné naissance. Le tuberculeux ressemble étonnement aux lépreux à ce point de vue. L'attente d'un résultat bactériologique entraîne le même état de dépression ou d'excitation, l'intérêt porté à leur maladie est poussé d'une façon aigue. Rien ne leur échappe, un mot malheureux anéanti un espoir bienfaisant, un mot heureux fait renaître à la vie ces malades. Tous les degrés du psychisme sont notés chez l'un comme chez l'autre. Le désespoir le plus noir et l'optimisme de l'inconscient, voisinent souvent.

Chez les lépreux, qu'ils soient coloniaux ou non, il faut distinguer les instruits des ignorants. Nous avons connu les deux, nous avons pû observer chez ces deux sortes de malades des réactions différentes que nous exposerons ici.

Les malades instruits n'ignorent pas le pronostic de leur maladie. Ils suivent l'évolution des idées sur la lèpre, et sur les endémies en général. Ils savent donc, par les nombreux exemples, que la science peut franchir un espace inconnu à la faveur d'une découverte. Les actes chirurgicaux, l'époque pasteurienne, les endémies tropicales déjà vaincues, tout est là pour soutenir énergiquement l'espérance. Cette attitude produit les meilleurs effets, les conseils médicaux sont suivis, ces malades sont vus facilement, viennent régulièrement à l'institut d'hygiène, ont une vie calme et hygiénique. Profitant des dernières acquisitions de la science, ils sont parfois largement récompensés et donnent l'apparence de guérison. Malheureusement chez eux, le succès si fréquent soit-il, est à la merci d'une rechute, malgré une médication énergique et soutenue. Mais si la maladie évolue, jamais ces malades n'abdiquent totalement.

Ayant confiance en la science, conservant une foi chrétienne absolue, ils opposent une énergie farouche, insurmontable aux progrès de la maladie, ils se défendent pas à pas et ils ne cessent d'octroyer une immense gratitude à ceux qui les soutiennent dans la lutte.

Ils veulent faire partie de l'humanité et c'est là leur droit le plus absolu. C'est en effet là le but de ces malades. N'est-ce pas celui de tout le monde ? Pouvaient-ils empêcher leur maladie ? Et puisqu'avant d'être malades, ils faisaient partie intégrante de la société, pourquoi cette dernière n'a-t-elle pas prévu les mesures nécessaires à prendre contre ce fléau ? « Ce raisonnement plus ou moins clair est la source d'un sentiment que j'ai éprouvé et deviné plus d'une fois chez le lépreux : la rancune ».

Si ce sentiment est rare chez les malades instruits, cultivés et conscients, néanmoins de toute leur souffrance morale, résulte un état mental fait d'inquiétude et d'irritabilité, sources de crises de dépressions brutales mais passagères.

Les lépreux guyanais instruits, ne vivent pas seuls, ils ont toujours un ami qui leur apporte le réconfort nécessaire et l'impression que la société ne les fuit pas. Ainsi, contrairement au lépreux de la Cité d'Aoste de Xavier de Maistre, celui de la Guyane ne vit pas seul dans la « *Tour de la frayerie* », il est entouré d'affectueuse et douce sollicitude. Car en Guyane, un lépreux est un malade et l'ostracisme néfaste et antique n'est point le genre du Guyanais.

Mais à côté de ce malade-type modèle du malheureux, qui n'est pas rare en Guyane, existe un autre genre, le plus commun, celui qui, par inconscience ou volontairement a contribué à l'extension du fléau. Il ne fait rien pour éviter la contagion et se moque des mesures prises contre la maladie. Celui-là, est dangereux, car il ne croit pas en la con-

tagiosité de la lèpre, perd toute retenue et toute pudeur, continue sa vie dans la société sans se soucier de son semblable, ni même de l'évolution de sa maladie. Ce n'est que fort tard, lorsque la maladie lui fait sentir son outrageant despotisme que le malade se cache, se terre, essayant les remèdes créoles, malgré l'appel des médecins, malgré les campagnes entreprises contre le charlatanisme. Son existence s'écoule dans « des essais de remèdes créoles aussi extravagants que les personnes qui les recommandent », jusqu'à ce que la maladie l'achève.

Nous n'essaierons pas de parler du psychisme des malades internés à l'Acarouany, nous ne les avons pas connus suffisamment. Cependant, le Docteur Guillon qui y a séjourné longtemps les a appréciés et jugés.

Si ce jugement est sévère, l'administration est la seule responsable : la misère matérielle a agi, et a excité les esprits. Les léprologues étrangers ont aussi jugé sévèrement les établissements abandonnés. Ces critiques ont eu le meilleur effet, celui de sonner l'alarme. Le retard importe peu. Le fait primordial est qu'on s'occupe activement d'enrayer la lèpre en Guyane. Le docteur Guillon et ses collègues ont fait une œuvre digne d'éloges.

Dans les léproseries abandonnées, les malades ayant l'impression d'être méprisés, exilés, livrés à eux-mêmes, se révoltent. Ces réactions s'expliquent facilement, car point n'est besoin d'être lépreux et exilés pour se mutiner et se dresser contre l'illégalité.

Ne sont-ce pas les sentiments normaux des hommes ? Il est vrai qu'une mutinerie de lépreux frappe l'imagination et réveille en nous les laideurs de la lèpre — et qu'à la lecture de leurs revendications, nous frissonnons d'horreur ! Comment peut-on oublier qu'ils sont des êtres humains, que

les mêmes émotions, sont ressenties par eux, avec la même force que par le non lépreux ! La lèpre peut-elle ôter la coquetterie à une femme ? Peut-elle annihiler les sentiments de l'homme ? *Non.*

Un jour viendra où la lèpre prendra place à côté d'autres maladies sociales. Ce jour n'est pas loin. Les hommes qui auront consacré leur vie entière à l'étude de ce mal, crieront au monde que la lèpre est vaincue. Ils auront ainsi apporté aux malades, leur autorité scientifique, morale et matérielle.

Dans ce sens un progrès immense est réalisé en Guyane, les théories fantaisistes s'écroulent devant les faits. Les malades sont hospitalisés à l'hospice civil de Cayenne, à côté des leurs, sous la surveillance des médecins qualifiés. L'institut d'hygiène ne cesse de prendre de l'importance. *La première pierre sur laquelle sera érigée l'œuvre que la Guyane attend est posée.*

LES MISSIONS

DANS LA LUTTE ANTI-LÉPREUSE

On ne peut aborder la question de la lèpre sans penser à tous ceux qui, par un travail intensif sous des climats parfois épuisants, ont apporté une lueur d'espoir aux lépreux abandonnés. Tous ceux qui se sont voués aux missions par amour de Dieu et de leur prochain, sont unanimes à déclarer la joie qu'ils éprouvent à exercer leur pieux ministère.

« Joie du dévouement, de la charité, joie surnaturelle »

Les missionnaires de toute confession ont ainsi ouvert la route à la science. Parce que, avant d'atteindre le malade, il fallait acquérir sa confiance.

Les missionnaires-femmes ont excellé dans cet art et grâce à elles, à leur dévouement et à leur abnégation, la lutte anti-lépreuse fut énormément facilitée.

Depuis toujours, l'église catholique a essayé de soulager la souffrance des malades et des lépreux en particulier. C'est l'église qui fit édifier tous les établissements d'assistance qui couvrirent la France, quand la lèpre sévissait tant. Elle suscite la formation de l'ordre hospitalier de Saint Lazare, exclusivement dévoué aux soins des lépreux. L'ordre des chevaliers de Saint Lazare fut érigé par le pape Damasien en 1048. Les chevaliers suivaient la règle de Saint-Augustin. Le grand maître devait être un lépreux.

« Aujourd'hui encore, malgré les ressources matérielles restreintes et le nombre grandissant de ses charges, l'église catholique apporte aux hanséniens avec les consolations de la sublime vérité, l'aide de sa compétence et de sa charité ».

Le dévouement des missions dans nos colonies françaises était tel par rapport aux minces efforts des administrations que Le Forestier écrivait dans sa thèse en 1932 :

« Lorsqu'on se documente sur ce qui se fait dans notre empire colonial, on est frappé par la disproportion qui existe entre l'activité des œuvres missionnaires chrétiennes d'assistance aux lépreux, dont certaines méritent le plus grand éloge et d'autre part les modestes tentatives de prophylaxie entreprises par les autorités sanitaires ».

Cette phrase synthétise une impression tirée de nombreux documents. Elle fut malheureusement trop vraie. On est cependant heureux de penser qu'un an après avoir été formulée, cette phrase ne pourrait plus être écrite.

L'œuvre magistrale de la commission consultative de la lèpre se faisait déjà sentir partout. Son influence morale soufflait dans toutes les colonies. Une armée de pionniers était à l'ouvrage ! Loin de s'opposer, la Charité et la Science s'alliaient et dirigeaient leurs efforts vers le même but.

Les religieux et religieuses missionnaires furent les premiers à soigner ces infortunés. Plus tard, les médecins des troupes coloniales furent amenés par les œuvres missionnaires à collaborer à cette tâche pour y apporter une surveillance médicale. Enfin, l'attention des autorités sanitaires et des pouvoirs administratifs fut attirée, par la nécessité d'entreprendre des études et des recherches.

En 1832, la Vénérable Mère Javouhey, fondatrice des sœurs de Saint-Joseph de Cluny, créa la léproserie de

l'Acarouany. L'élan était donné et la glorieuse phalange des missionnaires poursuivra désormais son œuvre de charité en silence.

« Mais survint la bourrasque anti-cléricale », des léproseries sont enlevées aux missionnaires, d'autres après tergiversations de l'autorité publique demeurent aux mains des missions. La léproserie de la Désirade en Guadeloupe, confiée aux sœurs de Saint Paul de Chartres, passe aux mains des laïques.

La léproserie de l'Acarouany, pour le plus grand bien des malades, reste dirigée par les sœurs de Saint-Joseph de Cluny. De nombreuses autres léproseries naissent, des villages agricoles ouvrent leurs cases aux malheureuses victimes du virus hansénien. Le mouvement va en s'amplifiant et devient de plus en plus scientifique. Les missionnaires avant de partir, font un stage dans les hôpitaux spécialisés, à Saint-Louis, à l'institut Pasteur, nombreux sont les missionnaires qui partent avec leur diplôme de docteur en médecine.

Sœur Gilberte, missionnaire du Saint-Esprit, écrit dans sa récente thèse :

« Résolument, certains se sont mis aux recherches purement scientifiques ».

« Le R. Père Raimbault à la Réunion, poursuit la culture du B. de Hansen. Jamais en arrière sur son temps dès qu'il s'agit d'une œuvre de charité, l'église catholique est en marche ».

« En Guyane en particulier on s'est aperçu qu'il fallait assurer fortement trois conditions morales, non moins importantes que les matérielles : Une science suffisante de la part du soignant et l'on s'est mis à l'étude, une croyance ferme à la possibilité de la guérison et une longue persé-

vérance de la part du patient et l'on a développé toute l'autorité persuasive que donne le respect du devoir et l'affectueux intérêt porté au souffrant; c'est l'époque des infirmières visiteuses ».

Partout, les sœurs sont aimées et respectées des malades, estimées et appréciées des médecins, elles gagnent la confiance de tous. « *Acceptez cette léproserie leur a-t-on dit au Brésil, si vous êtes là, les lépreux viendront* ». Car les religieux et religieuses excellent dans ce traitement moral, si impérieusement nécessaire au malade, d'après Burnet.

« Il faut le consoler de son malheur et faire luire l'espoir de la guérison. Il a besoin de la compagnie de sa famille, tout au moins de compagnons d'infortune. Il a besoin d'être soutenu par le médecin, l'infirmier et par le prêtre de sa religion. Dans les rapports et bulletins des missions chrétiennes, on respire une atmosphère de consolation, d'onction et à la fois d'anesthésie et d'énergie. L'église seconde l'œuvre laïque et scientifique de la médecine ».

C'est que le missionnaire possède le secret du bonheur éternel, celui qu'on ne trouve que dans la paix, la prière; et la charité; et toute l'immense détresse de ces pauvres êtres ne lui paraît pas être une tâche insurmontable.

Que ne peut accomplir la bonté au service de la charité ?

A Molokaï, le père Damiens réalise une œuvre magnifique. Il est tombé couvert de gloire !

En Guyane, à côté de ces saintes femmes qui, depuis 30 ans, veillent sur les destinées des malheureux internés, se trouve aujourd'hui l'ancien curé de Cayenne.

Le père Renault, le Saint homme de Cayenne demande à ses supérieurs la faveur de résider définitivement à l'Acarouany.

Le dévouement n'est pas de l'héroïsme, les mots sont trop faibles pour exprimer son sens divin.

Mgr Gourtay, Evêque de Cayenne, continue l'œuvre du père Renault. Une nouvelle croisade est née en Guyane, la misère sociale a uni les énergies et chacun de son côté contribue à adoucir la vie de ces pauvres malades. Dans sa thèse, sœur Gilberte écrit encore :

« A se voir soignés comme ils le sont par ces Françaises ayant renoncé volontairement aux douceurs de leurs pays et à la possibilité même d'une famille, tout exprès, pour pouvoir plus librement les soigner, eux rejetés jusqu'alors par tous, leurs parents mêmes, ces pauvres gens retrouvent soudain leur dignité d'hommes... alors éclosent dans leur âme des sentiments jusque là inconnus : la vraie joie de vivre et une immense gratitude pour ceux qui leur ont ouvert ces horizons nouveaux ».

LA LÉPROSERIE DE L'ACAROUANY

Actuellement quand on parle de la Guyane, on pense immédiatement au bagne et à ce lieu de séquestration, héritage des temps moyenâgeux : *l'Acarouany*.

Cette œuvre magnifique, réalisée par une femme, n'aurait jamais mérité les injures du temps et des hommes, si ces mêmes hommes avaient par une généreuse participation, permis à l'œuvre de vivre dignement.

L'idée de la mère Javouhey fut reprise ailleurs, de nombreuses léproseries, quoique loin des centres offrent aux visiteurs un aspect franc, pacifique et attirant. L'exemple de Surinam démontre d'une façon péremptoire que malgré son éloignement, ce village agricole n'aurait pas déshonoré la Guyane. Cette œuvre de charité, si belle dans sa simplicité, a été tuée par l'inertie administrative.

Ecoutez le Docteur Guillon :

« Quand la mère Javouhey arracha les malheureux ladres des îles du Salut où ils étaient abandonnés, elle accomplit une œuvre digne d'éloges et réalisa un progrès »

Nous referons l'historique de la léproserie de l'Acarouany en soulignant l'énergique attitude de la Mère Javouhey, fondatrice de Mana.

Depuis 1828, la mère Javouhey est en Guyane. Elle s'occupe d'une entreprise de colonisation sur les bords du fleuve Mana. La détresse des malheureux esclaves ladres émeut au plus profond d'elle-même, « cette femme de cœur et de

tête ». La possibilité de l'extension du mal, la contamination de leurs enfants, furent les grandes raisons de sa démarche auprès du gouverneur de la Guyane. Elle propose à ce dernier de s'occuper d'eux et de les loger dans ses abatis qu'elle venait de faire construire aux abords d'une petite crique, affluent gauche du fleuve Mana : La crique Acarouany.

« La rivière lui exposait-elle, n'a aucune communication, ils seraient donc entièrement isolés. Il y a 10 carrés de terre de défriché, dont six sont en plein rapport. Deux sœurs; avec deux nègres de notre choix pourraient suffire à soigner ces malheureux. On pourrait y ajouter un nègre charpentier pour l'entretien des cases. Le médecin de Mana et l'Aumônier iraient toutes les fois qu'il serait nécessaire leur donner le secours de leur ministère ».

La mère Javouhey, fut écoutée et le transfèrement de la léproserie des îles du Salut à l'Acarouany fut ordonné par décret en 1833.

Un véritable village agricole allait naître en cet endroit. Les arbres et les allées séculaires sont là pour témoigner de la beauté de l'œuvre à son époque.

Car la Mère Javouhey, voulait que le lépreux retrouve un « chez soi » et puisse cultiver « son jardin ».

30 cases poussèrent presqu'ensemble sur ce vaste plateau, au pied duquel coulait la rivière. Les moins éclopés aidaient à l'édification de leur domaine. Les toitures étaient en bardeau, les murailles en terre battue. Le sol était propre, le lit placé dans un coin était honnête, tout respirait la propreté, le goût de vivre.

« L'endroit était bien choisi, isolé au milieu des bois à une distance approximative de 14 kilomètres du bourg de Mana. L'eau de source y coulait en quantité suffisante, le terrain se prêtait à un agrandissement facile ».

« De grandes allées furent tracées, l'une de manguiers devenus séculaires, bordée, par les carbets des malades, une autre plus petite est réservée aux sœurs et au personnel de la léproserie ».

La brise fine et douce qui souffle à l'Acarouany vient des bois et de la mer. Elle apporte au lieu, la fraîcheur nécessaire au bien-être des habitants.

Le calme des forêts Guyanaises n'était-il pas fait pour élever les âmes des malades vers l'être suprême. La Mère Javouhey et ses infirmières rayonnaient de joie. Elles étaient heureuses de vivre avec leurs malades et de guider leurs pensées.

Une petite chapelle était là, tout près des carbets. Si l'on n'officiait pas tous les jours, l'on y priait souvent.

La vie devenait normale à l'Acarouany, plus de mesures grotesques, plus de honte d'être ladres. On y trouvait l'espérance dans le travail et la diversion. Une véritable ville était construite, qui pourrait se peupler bien vite, car dès l'année 1834, on baptise à l'Acarouany ! Les enfants sont séparés de leurs parents, envoyés à Mana ou gardés par les sœurs infirmières.

Le nombre de pensionnaires augmente sans cesse, tandis que les ressources matérielles diminuent. La Mère Javouhey tourne la difficulté à son avantage, construit de nouvelles cases, entretient ses plantations, dirige les soins à donner, « déchire les pièces du petit trousseau de la communauté pour pouvoir faire des pansements indispensables ». Les vivres manquaient souvent, mais la forêt était là, le gibier était vite abattu, ses fidèles malades savaient poser des pièges et avoir ainsi de la viande fraîche !

La visite que fit à la Mère Javouhey, le prince de Joinville, troisième fils de Louis-Philippe, est demeurée histo-

rique en Guyane. Ce bon prince apportait à la Mère Javouhey, le « souvenir bienveillant » de sa mère, la reine Marie-Amélie.

En arrivant à Cayenne, le prince de Joinville va à Mana, et de là monte en pirogue à l'Acarouany.

« Admirant une si mâle énergie, jointe à tant de sollicitude, il ne crut pouvoir rien faire de mieux, pour les reconnaître, que de faire présent à la Mère Javouhey, d'un beau et bon fusil et celle-ci ne manqua pas dans la suite, d'en faire usage ».

Le Docteur Guillon, qui a séjourné longtemps à l'Acarouany, a donné à l'une des sources qu'il a fait capter et aménager en fontaine, le nom de Source Alexis Denfert, du nom de la Mère Javouhey en souvenir de cette visite historique.

La léproserie de l'Acarouany qui était construite pour venir en aide aux malheureux abandonnés, eut par la suite mission de recevoir tous les malades. La mode était à l'internement systématique. Les charges devenaient trop lourdes pour ses femmes seules, l'administration sommeillait !

Ses malheurs datent de cette époque.

Une campagne malsaine est menée contre l'Acarouany, on l'appelle prison, les sœurs infirmières font figure de géôlières. La mère Javouhey offre sa démission tout en gémissant sur le sort qui allait être réservé à ses pauvres lépreux, s'ils passaient en d'autres mains. Le gouverneur de l'époque mit fin à la campagne et pria Mme Javouhey de conserver la direction de son œuvre.

L'œuvre continue, les difficultés et l'incroyable apathie de l'administration aussi !

Rien n'est fait pour la continuation de l'œuvre, aucune amélioration n'y est apportée, malgré les demandes réitérées

des médecins. L'Acarouany dans l'esprit des Guyanais devient synonyme d'exil, un tombeau très éloigné de la Capitale.

Cette manière de voir marchant de pair avec l'évolution des idées en France sur la lèpre, permet toutes les insinuations. Les arguments sont nombreux. Eloignement, mauvais ravitaillement, état d'esprit spécial des malades vis-à-vis des médecins.

En 1910, le Docteur Guillon rappelle dans son livre, une phrase dite au conseil général siégeant à Cayenne : « J'avoue que si vous voyiez l'Acarouany, vous ne penseriez pas qu'il puisse y avoir là un établissement où vivent des êtres humains ».

De tels arguments signent son arrêt de mort; aucune mesure efficace n'est venue apporter à l'œuvre une apparence de vie. Les cases construites par la main de cette Française menacent ruines, les toitures défont les lois de l'équilibre, les planchers sont pourris, les rats y abondent.

En 1912, tout est dans le même état, l'alimentation laisse à désirer, aucune initiative, aucune pensée pour ceux qui sont là-bas. C'est de cette date surtout que naît la phobie de l'Acarouany. La léproserie prend le nom de « tombeau », de « trou infecte », où l'on jette « de la pourriture dans de la pourriture ». La Guyane traverse à cette époque une crise épouvantable. La politique, « cette autre lèpre » y sévit et fait des ravages. Le pays, les parents, les amis sont divisés. On vit pour la politique. Une telle situation faisait oublier les devoirs de charité. Les initiatives étaient paralysées, le pays était en proie à de terribles convulsions !

Les mesures d'hygiène n'étaient prises nulle part. On ignorait leur existence. La santé publique en Guyane ? Nul ne se souciait de cela. Les lépreux tant à l'Acarouany que

dans tout le territoire étaient abandonnés, livrés à eux-mêmes. Aucun institut officiel. L'administration songe même à supprimer les visites faites par le médecin tous les 15 jours où tous les mois à l'Acarouany (Jeanselme).

En 1920.

Les médecins coloniaux lancent un appel à la métropole. L'Acarouany a pris des proportions effroyables, c'est l'ennemie publique. On dit :

« Perpétuel internement doublé de perpétuel isolement, c'est un véritable tombeau vers lequel les malades s'achemineront toujours avec le même désespoir, sachant qu'ils ne reverront jamais ce qu'ils laissent après eux ».

Le Docteur Guillon, rend justice à l'œuvre de Madame Javouhey. Il montre l'œuvre dans toute sa vérité et sa noblesse, mais ajoute :

« Les temps ont marché, et il est honteux qu'en plein ^{xx}e siècle, une colonie française soit encore pourvue d'une semblable léproserie ».

C'est qu'en effet en 1920, la psychose était créée et la Guyane, le pays aux légendes dorées, avait son enfer pour malades. On parle de son déplacement.

Les arguments en faveur du déplacement sont nombreux et forts; trop grand éloignement du centre, impossibilité d'exercer une surveillance effective sur les malades, difficulté des communications et du ravitaillement, absence d'aliments et de denrées fraîches. D'où nourriture illogique et anti-hygiénique, installations défectueuses, prix de revient exagéré de vivres de qualité médiocre.

Le Docteur Guillon conclut :

La léproserie de l'Acarouany ne répond plus à son rôle de préservation et traitement efficace des malades, elle ne reçoit qu'un nombre infime de lépreux par rapport à ceux

qui existent dans le pays. Elle coûte cher et les malheureux qui y sont internés, ne reçoivent pas les soins nécessaires.

Le Docteur Léger, alors chef du service de santé, demanda, à plusieurs reprises devant le Conseil colonial d'hygiène, la suppression de l'Acarouany et le transport des internés dans un bâtiment à construire à côté de l'hospice civil de Cayenne, en même temps que la création dans divers centres de la colonie, des dispensaires destinés à pratiquer le dépistage précoce de la lèpre ». Il s'agissait non de traquer le malade comme des bêtes sauvages, mais de les amener à se faire traiter ». « Cette proposition fut vivement combattue, par la majorité et en particulier, par les deux médecins civils faisant partie du Conseil d'Hygiène » (Pegourier).

Deux mois avant son départ de la Colonie, les conclusions du Docteur Léger furent votées, à la majorité qui décidait de construire pour les lépreux un établissement plus conforme aux vues actuelles de l'humanité, de la Justice et de l'hygiène.

Elles sont restées lettres mortes, « un prudent silence enveloppait l'Acarouany ».

Le Docteur Labernadie chargé de l'institut d'hygiène tourna la difficulté : « une généreuse et intelligente complicité de l'administration » lui permit de dépister et de soigner de nombreux malades sans être obligé de les expédier à l'Acarouany.

On croit rêver en pensant à cette « généreuse complicité de l'Administration ». Cette dernière avait donc peur de prendre une décision ? Nous lui sommes cependant reconnaissant d'avoir compris l'œuvre que le Docteur Leger entreprenait. Le Docteur Labernadie fit donc ouvertement ce que d'autres médecins (Stevenel et Leger) avaient fait discrètement.

Cette généreuse complicité, malgré tout, ne devait pas tarder à devenir une collaboration. L'Acarouany désormais ne recevra plus de malades. Ceux qui y résident déjà ne sont pas condamnés à l'isolement. L'œuvre continue et finira par extinction.

Dans le ciel de l'Acarouany luit l'espérance en la guérison que trois missionnaires, trois Françaises, apportent aux malades. Cependant : à Cayenne...

L'institut d'hygiène et de prophylaxie prend une importance sans cesse grandissante, car si pendant deux siècles, les règlements se sont multipliés pour rendre obligatoire la séquestration « avouée », « déguisée », « mitigée ». Actuellement, on cherche surtout à traiter les malades, à les guérir toutes les fois que la chose est possible et à faire leur éducation sanitaire afin de diminuer les dangers de contagion. Cette nouvelle méthode plait aux familles et aux malades et les résultats ne tarderont pas à se faire sentir.

RÉGLEMENTATIONS SUCCESSIVES DE LA LÈPRE EN GUYANE FRANÇAISE

Toutes les lois qui ont essayé d'opposer un arrêt à l'extension de la lèpre en Guyane, jusqu'en 1935, se résument facilement :

Lutte contre les lépreux

Nous exposerons en même temps qu'un bref aperçu historique, les différentes étapes qui caractérisent cette lutte et qui se sont succédées sans apporter le moindre remède au mal. Toutes ces lois ont fait faillite et ont déclenché une panique intense dans la population. Panique qui dure encore de nos jours et qui est une des causes de l'extension de la maladie. Ce n'est qu'en 1935 que paraît une loi humaine, qui abroge celle de 1891.

En effet, toutes ces réglementations avaient pour principe la séquestration, elles étaient inhumaines et brutales. Elles n'apportaient rien aux malades, mais leur enlevaient leur bien le plus précieux : la liberté.

La lèpre selon les auteurs était inconnue en Amérique du Sud à l'époque pré-Colombienne. Les travaux d'Ulva au Brésil, de Guillaume Pinson au Pérou en font foi. L'immunité des Indiens, seuls autochtones de ces vastes contrées est scientifiquement constatée dans les trois Guyanes et tous les auteurs qui ont étudié l'histoire de la lèpre constatent ce fait et sont d'accord pour soutenir que jamais un cas de lèpre n'a été signalé dans les tribues visitées par

les médecins des troupes coloniales. Nous même, à l'occasion de nos excursions en forêt guyanaise, nous n'avons jamais remarqué un indien lépreux, ni chez les Galibis de Simmamary, ni chez ceux d'Iracoubo. Cependant, des informations dignes de foi, nous apprennent que certaines tribus, connaissent actuellement l'affligeante maladie. Il n'y aurait rien d'impossible à cela, les indiens étant en relation constante avec la population des bourgs, pour la vente des objets qu'ils fabriquent. Mais seule une commission médicale pourrait avoir une idée juste au sujet de la contamination des indiens. Ces derniers sont pour la plupart accessibles et très hospitaliers et n'opposeraient guère de résistance à l'examen médical.

Les documents manquent pour préciser l'époque de l'apparition de la lèpre en Guyane. Le problème est en effet complexe car :

« Depuis la découverte des bouches de l'orénoque par Christophe Colomb, le 1^{er} d'août 1498, jusqu'au début du XIX^e siècle, il y a eu trop d'expéditions, trop de combats, trop de possesseurs éphémères du sol et trop d'hommes de toutes races ont abordé la côte entre le Maroni et l'Oyapock pour qu'on soit en droit d'attribuer à une seule unité le triste honneur de l'importation du bacille de Hansen en Guyane ».

Le Docteur Guillon ajoute : « Cependant, l'on peut soutenir avec quelque vraisemblance et sans témérité aucune, qu'il y a eu des importateurs nombreux, de nationalités diverses et à différentes époques : Ce n'est pas la lèpre qu'on y a introduite, mais des lépreux ».

Il faut donc chercher la source réelle parmi la race importée en plus grand nombre, la race noire. Les premiers esclaves importés arrivaient en 1654, la conséquence

la plus directe pour le pays de cette traite fut l'apparition du « mal rouge ». De même, la Guyane reçut un fort contingent d'hindous par la suite, la lèpre sévissait terriblement aux Indes, les importés choisis dans la caste pauvre, importèrent sûrement aussi la maladie. Des travaux du Docteur Guillon, nous retenons que les Juifs hollandais chassés du Brésil et installés en Guyane française ont amené avec eux l'infection lèpreuse.

Le mal fit de rapides progrès, non seulement à cause de la température humide, très favorable à la transmission, mais aussi à cause des conditions hygiéniques lamentables dans lesquelles étaient entassés les esclaves et les maîtres.

Le premier cri d'alarme fut jeté en 1716 sous la forme d'un édit royal, appelé « code noir » et qui interdisait la vente d'esclaves ladres. D'autres édits royaux parurent, qui ne furent jamais respectés.

L'histoire nous apprend, à quels honteux maquillages se livraient les « capitaines négriers » pour écouler le bétail humain avarié. Si ces édits avaient été scrupuleusement exécutés, les Guyanes n'auraient pas aujourd'hui à déplorer cette lourde charge que leur ont léguée les colonisateurs.

En 1777, le nombre des lépreux allant en augmentant, une ordonnance locale crée une léproserie à l'Ilet la Mère, non loin de Cayenne. La déclaration des esclaves ladres est obligatoire. Mais un esclave ladre peut travailler s'il est valide et le Maître ne se souciait pas de déclarer ses malades !

En 1802, 30 malades sont isolés, une commission médicale est chargée de surveiller périodiquement les fermes et d'envoyer d'office à la léproserie, les malades. La théorie contagioniste dominait, mais l'appât du gain, la théorie du rendement du travail forcé, étaient aussi fortement ancrés

dans les cœurs. Lorsque les commissions d'hygiène passaient, les ladres disparaissaient pour réapparaître ensuite et récupérer le temps perdu, souvent sous les fouets des Maîtres !

Campet qui a vécu en Guyane pendant 18 ans, vers la fin du XVIII^e siècle, ne connaissait à Cayenne que trois blancs atteints du mal rouge : « Un maçon, un négociant et un chevalier de Saint-Louis ». Il ne dit pas combien il y avait de ladres parmi les esclaves. Des chiffres sont cependant donnés mais l'on ne peut leur accorder un grand crédit. Car on n'a jamais su au juste, le nombre de lépreux existant en Guyane. Comme partout les statistiques n'ont qu'une valeur relative et comme dit Canning : « On peut tout prouver par les statistiques sauf la vérité ».

En 1818, après la reprise de possession, un des premiers soins des dirigeants fut de rétablir l'édit de 1777, avec quelques modifications concernant les blancs.

Cette ordonnance prescrit :

- a) L'isolement à l'Îlet la Mère des esclaves lépreux ;
- b) la déclaration obligatoire ;
- c) L'obligation pour l'Européen malade de quitter la colonie avant un an, sous peine d'internement.

Puis des mesures d'une sévérité antique naissent ensuite :

Le décret colonial du 24 août 1840 prévoit :

« La lèpre donne lieu à la séquestration de toute personne libre qui en est atteinte ». Par « séquestration », il faut entendre « la mise en dépôt du malade dans un lieu à ce destiné, sans aucune communication directe avec l'extérieur ».

L'Îlet la Mère fut choisi pour l'internement des personnes libres.

L'Acarouany, situé à 200 km. de Cayenne, concédée par décret de 1833 à Mme Javouhey, devient la léproserie des esclaves.

L'administration locale, a pour mission de rechercher les lépreux et de les déférer devant une commission qui statue. Des mesures sont prévues pour interdire l'accès du territoire aux lépreux étrangers. Des médecins requis, visitent les fermes, les habitations isolées, déploient une grande activité, jointe à une énergie farouche d'opposer une barrière à l'extension du fléau.

Les cas frustes sont dépisés, on sépare avec rigueur les malades des bien portants.

Cette lutte acharnée aurait peut-être donné des résultats heureux, car la peur secouait les énergies ! La lutte en était là.

En France, des hommes défendaient la liberté; en luttant farouchement contre l'esclavage, contre l'abominable traite des noirs.

En 1848, l'abolition de l'esclavage fut proclamée, elle faisait tomber en désuétude toutes les mesures prises contre la lèpre.

L'Ilet la Mère est fermé, l'Acarouany reste seule, lieu de séquestration.

Le décret du 11 mai 1891, dit décret Carnot, reste en vigueur jusqu'en 1935 et régleme la lèpre en Guyane française. Cette nouvelle loi, plus humaine, plus près de la médecine officielle, prévoit des mesures plus justes.

- a) Il autorise l'admission à l'Acarouany sur demande de l'intéressé ou de sa famille;
- b) Il prévoit l'internement des vagabonds, sans ressources;
- c) Enfin, prévoit aussi l'internement à domicile mais à une distance de 2 km. de Cayenne.

Ces mesures, ne seront pas non plus respectées, les Guyanais pour des raisons politiques ou sociales, ne réagiront pas. L'Administration le sait. C'est pourquoi le Docteur Leger écrit :

« La lèpre est en progression constante, elle va en empirant et l'on pourrait presque dire que c'est parce que le mal a augmenté que la réglementation est atténuée on a constamment reculé pour ne pas avoir à trop frapper ». Devant les ravages causés par la lèpre en Guyane, on risquait dans l'application intégrale du décret de toucher ses proches, ses amis. La petite population guyanaise a donc bien compris que malgré leur atténuation, ces règlements procédaient toujours par la force, et c'est vrai !

La force n'a jamais atténué les souffrances morales, elle a toujours empiré les souffrances physiques. Le lépreux souffre moralement et physiquement.

Il eut fallu frapper trop fort et trop brutalement quelques malheureuses victimes que la médecine officielle abandonnait à leur triste sort.

Alors pourquoi enlever à certains leur liberté, en chassant les uns à 2 km. d'une ville, les autres à 200 km. Pourquoi ces mesures ?

Pour bien comprendre l'inutilité de ces textes, il faut savoir que la lèpre, comme toutes les autres maladies sociales se ramène à un problème de psychologie.

« C'est en effet, la psychologie du lépreux, celle de nombreux médecins, celle de la collectivité tout entière que nous devons modifier si nous voulions faire œuvre vraiment féconde ». Mais les différents législateurs vivaient avec leur époque ! Malheureusement pour tout le monde.

C'est pourquoi, le lépreux Guyanais se sentant menacé, ne venait jamais aux médecins, ces derniers étaient des gen-

darmes. Ayant peur des mesures de coercition, les parents cachaient leur malade. Qui reprocherait à une mère de vouloir garder son enfant ? La lèpre est horrible pour des yeux étrangers, mais triste et affligeante pour ceux d'une mère ! La lèpre n'était-elle pas une maladie honteuse ? Ainsi, caché, terré dans une chambre, ou dans un coin, malgré les lois, le malade trainait sa maladie, risquant de contaminer son entourage.

Nous sommes certain que si les mesures prises envers la maladie n'avaient pas démoralisé les familles, on n'aurait pas eu à déplorer ces errements qui sont à la base même de sa diffusion.

La séquestration forcée, l'indifférence de certains, ont été responsables de la fuite dans les bois des lépreux valides.

Le manque de cohésion entre les dirigeants, l'apathie dans laquelle était plongée la Guyane, les luttes intestines, faisaient oublier les ravages sournois de la lèpre.

Quelles sont les voix autorisées qui ont prêché le calme dans ces âmes en détresse ?

Un autre élément de démoralisation devait surgir en Guyane : Le bagne. Lui aussi devait apporter au pays sa lourde charge.

« La France en « réalisant involontairement la plus vaste et la plus irréprochable des expériences sur la contagiosité de la lèpre » a fini par plonger la Guyane dans le marasme. Désormais, elle devra compter avec ses forçats lépreux, qui, ne pouvant plus retourner en France, essaïmeront le virus contracté. Dans leur léproserie, livrés à eux-mêmes, ils s'évaderont, commettront des crimes et jetteront le désarroi dans la ville.

Sans famille, sans argent, sans amis et lépreux ! Peut-on imaginer malheur plus grand ? Libérés, ils se fixeront rarement, traineront de village en village leur triste vie.

Nous avons esquissé ce chapitre de la réglementation pour mieux montrer l'erreur qui consiste à brimer des malades. Ces règlements avant même leur application, étaient voués à la faillite totale. Des années passèrent sans rien apporter de nouveau. La Guyane après avoir été le « tombeau des Européens », devient le pays du « mal rouge ». Cela ne suffit pas à son bonheur et on lui octroie généreusement la lie de la population française. Sa réputation est définitivement établie. Ce n'est peut-être pas une banale coïncidence que rappelle le Docteur Guillon, lorsqu'il dit : « Les colonies les plus décimées par le fléau sont ceux où l'on a essayé de coloniser avec le bague ».

La Guyane, aux trésors légendaires, au sous-sol béni, dont la situation géographique fait envie à plus d'une nation, se débat dans la misère et le dénûment total.

RÉVEIL DES LÉPROLOGUES

Les médecins coloniaux français et la S.D.N. proclament :

« Les pouvoirs publics se sont trompés, s'ils ont cru entraver la propagation de la lèpre en séquestrant quelques centaines de malheureux, alors que des milliers de lépreux exercent librement toutes sortes de métiers et sont disséminés dans le pays ».

« Pourquoi traiter les lépreux en parias, ce sont des malades, et à ce titre, ils ont droit à la pitié. On leur doit aide et assistance ».

« Une législation anti-lépreuse, doit être humaine et respecter les libertés du malade ».

« L'esprit des règlements est resté trop administratif et n'est pas encore devenu médical ».

On a beaucoup parlé de lèpre depuis ces dernières années parce que soudain, l'on se décidait enfin à secouer l'épaisse couche de poussière qu'on avait laissé s'accumuler sur le sujet depuis des siècles. Alors que, pour la tuberculose et la syphilis, d'intérêt plus immédiat dans la zone métropolitaine, les idées et les actes s'étaient modifiés depuis longtemps, ce n'est qu'au début du ^{xx}e siècle seulement que la lèpre est entrée dans la phase active de l'hygiène générale et de la médecine sociale. Une circonstance atténuante peut être trouvée à ce long retard, dit le Docteur Le Dentu : « La maladie de Hansen avait considérablement diminué en

Europe et presque disparu, mais il n'en était pas de même dans la zone tropicale et l'on mit trop longtemps à s'en apercevoir ».

Jeanselme ne disait-il pas en 1897, au congrès de Berlin : « Des règlements faits avec le secret désir qu'ils ne soient jamais appliqués, parfois des mesures de rigueur pour satisfaire l'opinion publique un moment terrorisée par les progrès du fléau, puis quand le danger semble écarté, retour à l'apathie coutumière ».

A la conférence internationale de la lèpre à Strasbourg, en 1923, le professeur Marchoux s'élevait contre les préjugés et les règlements qui ont fait de la lutte contre la lèpre une lutte contre les lépreux et marquait le contraste saisissant entre le régime réservé aux lépreux et celui fait aux tuberculeux.

« Il nous a fallu, pendant 20 ans, réagir dans tous les pays et dans toutes les langues pour réussir à faire admettre à peu près partout maintenant ces vérités ».

Ecoutez le Professeur Marchoux :

« Les lépreux ne sont pas plus dangereux que les tuberculeux et le sont même moins, puisque les germes de la lèpre possèdent une aptitude moindre à se répandre que ceux de la tuberculose. Pourquoi donc leur infliger un autre traitement ? Pour les lépreux des léproseries, des villages de ségrégation, loin de leurs demeures, de leurs parents. Pour le tuberculeux, des hôpitaux, des sanatoria, d'accès facile. Aux lépreux, pas d'autres conseils que celui de se séparer des siens, à l'indigent, l'internement obligatoire imposé. Pour le tuberculeux : le dispensaire, la vie de famille, l'aide officielle, les conseils de l'infirmière visiteuse. Les uns sont des pestiférés, des parias. Les autres des malades

qui appellent la sympathie et pour le salut desquels tout le monde s'emploie ».

Ainsi les malades atteints de lèpre ont droit aux mêmes égards et au même respect de leur liberté que ceux qui souffrent de maladies sociales analogues, telles que tuberculose et syphilis. Ce principe est une fois de plus affirmé à la conférence de Strasbourg.

Un vaste mouvement allait se créer, il fallait changer la législation actuelle concernant la lèpre, humaniser les règlements administratifs, baser les règlements prophylactiques sur le respect du droit moral. Créer dans les pays où la lèpre est endémique, un centre d'études bien outillé, favoriser enfin les rapports entre léprologues de tous pays, afin que leurs efforts conjugués soient plus fructueux.

Les données du problème se précisent, une ère nouvelle devait naître pour les lépreux et léprologues. Elle est marquée surtout par l'application de plus en plus rigoureuse de règles scientifiques et de principes humanitaires. A la suite de travaux qui ont suscité une vive émulation parmi les chercheurs, les léprologues préparent la voie aux actes de prophylaxie administrative et médicale et s'attachent sans répit à la découverte d'un traitement spécifique.

Les efforts que nécessite une telle lutte se sont coordonnés à l'occasion de conférences, de réunions, de congrès où les savants du monde entier, exposent les résultats de leurs travaux et établissent les bases de la campagne qui vise à juguler le terrible fléau.

I. Principes modernes de la lutte

En 1897, fut tenue à Berlin la première conférence internationale de la lèpre. Jeanselune fit une critique sévère des mesures prises jusqu'alors.

La deuxième conférence internationale scientifique de la lèpre eut lieu en 1909 à Bergen et prononça le maintien des résolutions de la conférence de Berlin, au sujet de la contagiosité de la maladie, de l'isolement, de l'exclusion des malades de certaines professions et de la conduite à tenir vis-à-vis des enfants nés de parents lépreux.

Une troisième conférence internationale eut lieu à Strasbourg, en 1923, cette conférence précise les résolutions de Bergen, émet des vœux en ce qui concerne les recherches scientifiques à poursuivre en vue de découvrir un remède spécifique, affirme par la voix du Professeur Marchoux, le droit du lépreux.

Une commission spéciale de la lèpre fut instituée à la S.D.N. Elle constate :

La faillite des méthodes de ségrégation employées contre les lépreux. Le Docteur Burnet, secrétaire de la commission, est chargé de procéder à une vaste enquête à travers le monde.

En 1930, un congrès est organisé à Bangkok par la société américaine :

« Leonard wood Memorial for the eradication of Leprosy ».

Les léprologues se réunissent ensuite à Manille, du 9 au 23 janvier 1931. Cette conférence reconnaît l'utilité des voyages d'études et de l'unification des termes et des méthodes d'examen, la Création d'un périodique où seront relatés les travaux sur la lèpre.

La conférence inter-gouvernementale des pays d'Orient sur l'hygiène rurale qui s'est tenue à Bandoeng (Java), en août 1937, reconnaît que la lèpre est de nos jours l'objet d'une prophylaxie bien organisée, cette conférence émet des résolutions au sujet de l'isolement à pratiquer sous des for-

mes libérales et variées, de l'installation des colonies agricoles, des recherches à effectuer sur le mode de transmission de la maladie. Elle insiste sur la nécessité, quelque soit le traitement, d'assurer aux malades une alimentation appropriée et d'améliorer les conditions sociales, économiques et sanitaires des populations rurales pour accélérer la disparition de la lèpre.

Enfin, du 20 au 27 mars 1938, a eu lieu au Caire le Congrès international de la lèpre, organisé par le gouvernement égyptien avec le concours de la société internationale de la lèpre. Diverses communications y furent faites, portant sur la classification, l'épidémiologie et le traitement. On constate que le nombre de cas n'a pas sensiblement augmenté, mais que le dépistage est mieux pratiqué et d'une façon plus précoce qu'autrefois. Dans la plupart des pays à lèpre, des dispensaires existent pour le traitement ambulatoire.

Les principes modernes de la prophylaxie anti-lépreuse ont été fixés. L'endémie sera combattue résolument, de façon plus efficace que jadis.

II. Effort français de la lutte

Alors que la lutte était engagée dans tous les pays où sévit la lèpre, la France allait prendre les mêmes mesures nécessaires pour protéger son empire colonial.

Les pouvoirs publics ont établi une réglementation de la prophylaxie, tant à la métropole qu'aux colonies, en s'appuyant sur les avis des institutions scientifiques :

a) La déclaration devient obligatoire;

b) L'académie adopte des conclusions en vue de la promulgation d'une loi spéciale sur la prophylaxie anti-lépreuse. « A cette occasion, elle insiste auprès des pouvoirs

publics sur la nécessité de prendre des mesures rigoureuses indispensables pour enrayer la diffusion de la lèpre dans les colonies et les pays de protectorat infiniment plus menacés que la métropole ».

« Malgré cet avis, malgré une réglementation variant avec chaque colonie et reposant sur l'internement obligatoire des lépreux, les administrations manquant de locaux, les médecins convaincus de l'incurabilité de la maladie de Hansen ne mettaient que peu d'empressement à entamer une campagne active ». Méd. Lieut.-Col. Delinotte.

Mais le souffle vivifiant de la commission consultative va se faire sentir et ranimer les défaillances. Chacun à son poste devra opposer de la résistance à l'envahissement du territoire par la lèpre.

Pour cela, la cohésion des forces est nécessaire, une seule direction d'où émanent les ordres sera créée, c'est l'œuvre de la Commission consultative de la lèpre.

III. La Commission consultative de la Lèpre

Sur la proposition du médecin général inspecteur Lasnet, inspecteur général au service de santé des colonies, un arrêté du ministère des colonies en date du 16 septembre 1931 a institué une *Commission consultative de la Lèpre au Ministère des Colonies*, dont le but est :

« d'élaborer un plan de campagne anti-lépreuse à entreprendre sur les bases nouvellement proposées par les conférences internationales, de fixer des règles pour l'organisation de cette prophylaxie de recevoir les informations des colonies sur le fonctionnement de cette nouvelle organisation et d'y apporter suivant les résultats acquis, les modifications qui s'imposent ».

La Commission consultative se réunit pour la première fois le 29 janvier 1932, sous la présidence d'honneur du Professeur Jeanselme; président, Professeur Marchoux; vice-président, Professeur Gougerot.

La commission avant tout, constate que :

a) Le taux d'endémicité de la lèpre n'a pû être évalué nulle part, parce que le dépistage et le recensement des malades n'ont jamais été faits d'une manière précise;

b) Que la principale raison de l'extension est la mauvaise réglementation;

c) que les vieilles colonies sont au même point que jadis, aucun progrès n'ayant été réalisé dans la prophylaxie.

IV. L'œuvre de la Commission consultative, en ce qui concerne la Guyane française

La commission consultative après avoir examiné la situation de la Guyane au point de vue prophylactique constate avec amertume les résultats qui lui sont présentés.

Le 6 mai 1932, aucun élément nouveau, aucun espoir dans un avenir meilleur. Elle entend le Docteur Chatenay, ancien directeur du service de santé de la Guyane française, qui certifie que le fléau progresse constamment. Sur 800 individus examinés à Cayenne en 2 ans, 27 ont été reconnus cliniquement atteints et bactériologiquement positifs, quelques-uns étaient suspects.

La commission décide d'envoyer des instructions spéciales à la Guyane. Le médecin général Sorel présente un projet de rapport au ministère des colonies, lui expose au nom de la commission, les considérations générales sur lesquelles doit se baser l'entreprise d'un nouveau plan de campagne anti-lépreux en Guyane et dans les autres colonies.

La lèpre est une maladie transmissible mais la transmission paraît bien ne se produire que dans les conditions de contact étroit et prolongé. Le jeune âge est sensible à la contagion. Le diagnostic précoce de l'affection et son traitement immédiat augmentent les chances de guérison ou pour le moins, l'arrêt du mal dans son évolution.

L'infection n'est contagieuse qu'aux périodes où le malade émet en dehors des bacilles lépreux, ce qui permet au point de vue administratif, de diviser les cas en « lèpres ouvertes » ou « lèpres fermées ».

Le traitement est alors susceptible de faire cicatriser pour un temps ou définitivement les lésions dangereuses de la peau et des muqueuses, les portes de sortie du bacille se trouvent alors fermées, le malade est blanchi et devenu inoffensif pour la collectivité.

Des stages de perfectionnement dans un service de léprologie sont indispensables aux médecins chargés du service de la lèpre.

« On devra bien se pénétrer de l'idée que la diminution du fléau sera en proportion directe de la Conscience et de l'intelligence qu'apporteront la population entière et les malades eux-mêmes à aider les services techniques ».

Cette campagne anti-lépreuse comportera l'application des mesures prophylactiques suivantes :

- a) Dépistage;
- b) Destination à donner aux malades;
- c) Réglementation locale et propagande;
- d) Organisation du traitement;
- e) Centralisation des résultats obtenus.

La réaction a été magnifique, le cri de ralliement lancé par la commission consultative fut partout entendu et par-

tout écouté, sauf dans nos vieilles possessions et en particulier à la Guyane. Ainsi qu'il était prévu, le recensement devait rencontrer plus de difficultés que partout ailleurs « par le fait que la plupart des médecins ne relèvent pas de l'Administration et ne sont pas tenus à la liaison régulière et obligatoire avec les chefs du service de santé ».

Cependant, si lente que fut la réaction de la Guyane, elle fut néanmoins appréciable. Sous l'énergique impulsion du Docteur Tisseuil qui a su faire naître la confiance, il s'est créé en Guyane un mouvement des malades vers la guérison.

En 1933, le médecin commandant Tisseuil propose de remplacer la léproserie de l'Acarouany qui menace ruine, par un service hospitalier à Cayenne où le traitement sera assuré sous le contrôle journalier d'un médecin spécialiste. Il préconise les écoles de plein air pour enfants malades, ainsi que la création d'infirmières visiteuses.

En 1934, la lutte contre la lèpre en Guyane française, marque des progrès rapides. 108 nouveaux malades sont dépistés (contre 63 en 1933), 99 dans population libre et 9 dans la population pénale.

En 1935, la commission considérant que le décret Carnot de 1891, ne répond plus aux idées modernes, le fait abroger et propose un nouveau décret au ministre des Colonies. Le 7 mars 1935, paraît au J. O. le décret réglementant actuellement la lèpre en Guyane française.

Décret du 7 mars 1935, portant mesures à prendre à la Guyane à l'égard des personnes atteintes de lèpre, et déclaration obligatoire de cette maladie. (J. O. du 9 mars 1935).

(Abrégé du rapport introductif) :

A la Guyane française, les mesures à prendre vis-à-vis des lépreux sont fixés par un décret du 11 mai 1891. Les

dispositions de ce décret ne sont plus en harmonie avec les principes humanitaires actuellement appliqués dans tous les pays pour la prophylaxie et le traitement de la lèpre. Elles comportent en particulier, le placement à la léproserie de l'Acarouany à 200 km. de Cayenne, des lépreux indigents, alors que dans cette dernière ville, fonctionne un institut d'hygiène et de prophylaxie absolument qualifié pour les traiter; quant aux lépreux aisés qui veulent se soigner chez eux, ils doivent s'isoler à 2 km. au moins de Cayenne et à 1 km. des bourgs. De telles mesures risquent d'inciter les lépreux à se dissimuler, ils échappent ainsi aux méthodes de contrôle et de traitement qui peuvent maintenant être régulièrement appliquées à l'institut d'hygiène et de prophylaxie de Cayenne, avec toute garantie de discrétion pour les malades.

Il convient donc d'abroger le décret du 11 mai 1891 et de faire rentrer la lèpre dans le cadre général des dispositions du décret du 24 août 1909 portant application à la Guyane française de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.

Le gouverneur prendra en conseil privé les arrêtés déterminant les mesures propres à assurer la prophylaxie de la maladie et le traitement des malades en suivant les directives de la commission consultative de la lèpre, instituée au ministère des Colonies.

Le Président de la République...

Vu l'arrêté du ministre des Colonies du 7 février 1911, modifié par l'arrêté du 11 août 1917, fixant la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire aux colonies.

Décète :

Article premier. — Le décret du 11 mai 1891, relatif aux mesures à prendre à la Guyane, à l'égard des personnes atteintes de lèpre est abrogé.

Art. 2. — En Guyane française, la déclaration obligatoire de la lèpre, effectuée, à l'exclusion de toute autre personne, par les médecins civils ou militaires, sera adressée au chef du S. S., sous pli strictement personnel et confidentiel. L'Administration locale ne pourra recevoir de ce chef de service que des indications numériques.

Art. 3. — Les règles posées par le décret du 24 août 1909, relatif à la protection de la santé publique, sont en tous points applicables à la lèpre.

Fait à Paris, le 7 mars 1935.

Signé : Albert LEBRUN.

En cette même année, 123 nouveaux malades sont reconnus, le total des lépreux recensés est de 500. L'emploi des méthodes de persuasion a été suivi de résultats notables. Il a été décidé de créer un établissement sanitaire, destiné à recevoir les hanséniens contagieux, annexé au camp Saint-Denis.

Comme la Commission consultative l'avait proposé deux sœurs infirmières visiteuses vont servir au Dispensaire de Cayenne. Ces sœurs missionnaires, ayant fait un stage à l'Institut Pasteur de Paris, pourront être monitrices pour l'instruction d'infirmières recrutées parmi les Guyanaises et qui seront affectées dans les communes. Des bâtiments scolaires vont être construits, réservés aux petits hanséniens et à ceux suspects de la maladie. Parmi les malades dépistés, un

pourcentage important est constitué par les enfants des écoles.

En 1936, 59 nouveaux cas sont reconnus, 48 dans l'élément libre, 11 dans l'élément pénal); le total des lépreux recensés est alors de 527.

Le dépistage donne en 1937, 118 nouveaux malades (92 dans la population libre et 26 dans l'élément pénal); le total des lépreux recensés est alors de 609 : 449 malades ont suivi un traitement régulier. Le rapport annuel signale la nécessité d'interdire aux lépreux étrangers l'entrée du territoire, de créer une colonie agricole, d'ouvrir une nouvelle école pour les petits hanséniens peu atteints, d'observer strictement la réglementation relative aux professions, de contrôler les locations d'appartements, d'organiser un service de désinfection.

En 1938, la plupart des malades sont traités à l'institut d'hygiène et à l'hospice civil, à Cayenne.

La prophylaxie est entrée dans une phase active.

Les malades se font traiter avec plus d'empressement.

Les gens sains ont confiance aussi en l'avenir de la thérapeutique.

Une collaboration effective des médecins civils et militaires contribue à faire une propagande active, intensive. Enfin, certains projets passent à exécution.

C'est la marque de la confiance et de l'espérance, car l'on sait que la Commission consultative en dehors de son rôle technique, a une influence morale bienfaisante. « Elle veut être à juste titre, l'ennemie d'un pessimisme qui a trop longtemps paralysé l'effort, elle veut entretenir la confiance dans l'esprit de ceux qui seront appelés à participer à la

lutte contre la lèpre dans les postes lointains de la brousse comme dans les grands centres, elle veut enfin que les colonies françaises dont quelques-unes sont légitimement fières des succès qu'elles ont obtenus contre d'autres endémies tropicales, n'aient rien à envier aux colonies étrangères en ce qui concerne les moyens dont elles pourront disposer pour faire face à un fléau encore trop répandu ».

TRAITEMENT DE LA LÈPRE

« Il y a un peu plus d'un siècle, Laënnec écrivait, on ne guérira pas la phtisie, elle a été pendant 60 ans l'épouvantail des familles, on a appris que si l'on ne guérit pas la phtisie, on peut guérir la tuberculose et surtout qu'on peut la prévenir par l'hygiène individuelle et sociale. Il en est de même de la lèpre, on peut la prévenir, on peut même la guérir. La lèpre est moins maligne que la tuberculose, elle est moins répandue, moins contagieuse, moins toxique et l'homme lui résiste mieux. La plupart des lépreux sont des miséreux, sous nourris, qu'on améliore rien qu'en les alimentant. Il est plus facile d'éteindre la lèpre que la tuberculose ».

Nous insisterons ici sur le traitement Chaulmoogrique, qui a donné les meilleurs résultats et le plus de preuves de son efficacité.

Le traitement de la lèpre par le Chaulmoogra est un exemple frappant de ce que peut découvrir un empirisme judicieux. Le Docteur Burnet nous raconte dans son livre comment la légende a présidé à la naissance de cette thérapeutique. De poétiques histoires nous apprennent comment un roi et une reine lépreux, furent guéris par l'ingestion du Chaulmoogra. Les vertus bienfaisantes de cette plante commune en Asie, en Afrique et en Amérique, amenèrent les indigènes de ces différentes contrées à s'en servir. Les traditions, l'observation clinique, l'opinion générale des ma-

lades et des médecins, des guérisseurs indigènes ont confirmé la chose et plaident en faveur de l'efficacité de ce traitement. Le traitement à base d'huile de Chaulmoogra résiste à la discussion et prend une place de premier ordre dans l'arsenal thérapeutique et la Commission consultative de la lèpre appuie cette médication avec toute la force de son autorité.

Elle propose un plan général :

a) Pour la fabrication dans nos possessions même de l'huile de Chaulmoogra et des médicaments dérivés;

b) Pour l'utilisation des produits ainsi obtenus sur des catégories déterminées de malades comparables entr'eux, ces malades seront traités soit par injections ou ingestions de l'huile de Chaulmoogra, soit par injections intra musculaires, ou veineuses, d'éthers de Chaulmoogra (éthers totaux ou éthers distillés additionnés de créosote ou de gaïacol en sol, à 4 % pour rendre les injections plus supportables).

Toutes ces plantes à partir desquelles l'on extrait les différentes huiles de Chaulmoogra, appartiennent à la famille des flacourtiacées. On emploie en thérapeutique les matières grasses qu'on extrait des graines et qu'on désigne sous le nom d'huile de Chaulmoogra. Les différentes huiles de Chaulmoogra malgré leur analogie diffèrent au point de vue de leur valeur thérapeutique. C'est ce qui explique les succès obtenus à Molokaï et qui permit à Sasportas d'écrire que la forme léonine de la lèpre avait vécu. Cette huile riche en principe thérapeutique et très active, avait permis aux léprologues d'arrêter l'évolution de certaines formes de lèpre. On avait parlé de guérisons. Mais par la suite, ce succès ne se renouvela point et l'on vint à douter de l'efficacité du Chaulmoogra et de ses dérivés.

Une explication plausible, basée sur les travaux faits sur les différentes espèces de *Chaulmoogra*, fut donnée par Cochrane.

Les éthers employés n'étaient pas tous extraits de la même plante. En effet, devant les succès publiés, tous les léprologues voulurent essayer cette nouvelle médication. Pour répondre aux nombreuses demandes, les laboratoires manquant d'huile de *Chaulmoogra* eurent recours à des succédanés dont les propriétés étaient loin d'être comparables, d'où l'insuccès qui suivit leur emploi.

A l'appui de sa thèse, le Docteur Cochrane indique combien « sont distinctes, les unes des autres, les propriétés des produits extraits des différentes espèce connues sous le seul terme générique d'*Hydnocarpus* si dissemblables elles-mêmes ».

A la suite de ces multiples insuccès, des objections sérieuses ont été formulées. On est allé jusqu'à nier l'activité thérapeutique du *Chaulmoogra* quelle que soit la forme sous laquelle on l'emploie. On ne lui attribue que les propriétés d'un stimulant banal, sans aucune spécificité.

Malgré ces débats, la majorité des léprologues prônent les dérivés d'huile de *Chaulmogra*.

« Le traitement par les éthers éthyliques est encore l'arme la plus puissante contre l'infection hansénienne, que les léprologues possèdent à l'heure actuelle. Son efficacité, dans les cas qui sont pris au début et traités pendant longtemps est indiscutable ». Docteur Sasportas.

La commission consultative a décidé que :

a) Jusqu'à ce que les expériences en cours aient permis de se prononcer sur la valeur respective des huiles *anthelmintica* (Krabao) et celles tirées des *Caloncobas* et de *Coconba echinata* Gorli, l'huile à employer dans les di-

verses colonies sera celle d'*Hydnocarpus Wightiana*, préparée par la pharmacie du gouvernement à Pondichéry;

2° L'Indochine seule utilisera l'huile de Krabao.

3° L'A.O.F. et le Cameroun pourront employer simultanément l'huile de Pondichéry et l'huile de Gorli.

A. — *L'huile en nature*

1° L'expérience a montré qu'il n'y avait aucun avantage à employer les mlanges de H. de Chaulmoogra et les huiles inertes.

2° Il est de première importance de fixer de façon précise le degré d'acidité de l'huile utilisée.

L'huile pour injection (même en capsules), n'aura pas une acidité supérieure à 5 % exprimée en acide oleique, au delà de cette limite, les phénomènes d'intolérance gastrique augmentent considérablement. Stevenel imagine et expérimente une émulsion injectable dans les veines, pouvant être aussi administrée per os, car elle ne provoque ni diarrhée, ni reflexe nauséeux. L'huile réservée aux injections intra-veineuses devra d'une manière absolue être dépourvue d'acidité.

B. — *Ethers Ethyliques*

Les éthers distillés donnent des résultats inférieurs à ceux obtenus par les éthers non distillés. Les éthers non distillés ont donné à l'institut de Bamako, surtout dans le traitement des formes nerveuses, des résultats fort encourageants. Ces éthers seront à préparer sur place, ou à demander au département. Ils s'emploient gâiccolés ou créosotés à 4 %.

Hollmann et Dean ont les premiers préparés des éthers de Chaulmoogra. C'est une thérapeutique excellente.

C) *Les savons d'acides gras*

Rogers injecte par voie veineuse 1 à 5 cc. d'une solution au centième d'Hydnocarpate de soude (Alepol). Ses travaux tendent à montrer que l'acide Hydnocardique est le seul qui dans l'huile de Chaulmoogra soit doué de propriétés anti-lépreuses. Perrier a récemment préconisé un soluté de Chaulmoograte de soude injectable, soluté contenant tous les acides de l'huile de Chaulmoogra combinés à la soude. Les injections se font I. M. ou I. V. et sont bien tolérées à la dose de 0 gr. 60 de savon par semaine (Raymond).

Bernard de son côté, considérant l'efficacité de l'huile de Chaulmoogra per os, prépare des comprimés d'un savon total neutre qui seraient bien tolérés à des doses élevées. On arrive à faire ingérer 3 gr. d'acide par jour. Les résultats obtenus sont satisfaisants.

Conduite du traitement par les préparations Chaulmoogriques

Avec Muir et Montel, on distingue trois stades de traitement.

1° Période de début

Au début de l'infection, le traitement doit être énergique et continu. Plus le traitement est institué précocement, plus il a des chances de donner de bons résultats. On admet à cette phase, la possibilité de la guérison de l'affection.

En effet, la lésion initiale est localisée, c'est une primo infection cutané nerveuse avec un certain degré d'immunité locale, les lésions s'étendent lentement, elles sont paucibacillaires, les B. de Hansen, qui sont du type cutané, se multiplient peu et sont très difficiles à déceler à ce stade. Quelquefois, une ulcération avec périnévríte régionale, plus souvent des léprides localisées à une partie du corps (tâches

ou macules) pigmentées peu inflammatoires, achromiques ou érythémateuses non infiltrées caractérisent cette période. Montel a communiqué à la société de pathologie exotique deux cas au début guéris cliniquement : le premier depuis 10 années après cessation de tout traitement, le second, guéri depuis six ans avec un traitement continu.

Il est donc de la plus haute importance que l'attention des médecins des écoles et des dispensaires soit attirée sur ce point, afin que les cas de lèpre soient dépistés dès leur début. A ce stade, ces lèpres fermées peuvent être traitées et isolées à domicile sans danger pour la collectivité.

2° Période de généralisation

Les lésions sont disséminées, infiltrées, inflammatoires. Il y a constitution d'un état d'hypersensibilité allergique caractérisée, avec chute de l'immunité générale et locale et multiplication intense des bacilles avec bacillémie. Le traitement devra alors être conduit avec la même continuité, mais avec beaucoup de ménagement et de précaution. Les injections intra veineuses de dérivés chaulmoogriques sont contre indiquées, elles sont souvent suivies de mobilisation de bacilles de Hansen. Les traitements de choc sont aussi contre indiqués à ce stade.

La guérison clinique peut encore être espérée. Une stabilisation durable peut être obtenue. A cette période, la lèpre est encore plus sensible à la thérapeutique que la tuberculose à la période cavitaire.

3° Stade de stabilisation et régression

L'allergie semble en décroissance et on assiste à la création d'une certaine immunité histologique. C'est le stade de

Mutilation avec phénomènes d'élimination : maux perforants, ulcères.

Le traitement sera continu et on emploiera l'huile de Chaulmoogra sous toutes ses formes. La thérapeutique peut et doit être active sans inconvénient. Elle doit réaliser l'imprégnation constante de l'organisme par les dérivés chaulmoogriques, en employant toutes les voies d'absorption. A ce stade, les hanséniens à prédominance nerveuse sont négatifs souvent n'émettant pas de bacilles.

« Cette conception de l'évolution de la lèpre fait apparaître l'infection lépreuse comme une maladie générale a affinités ectodermiques : peau, nerfs, organes des sens. Elle conduit à une interprétation de cette infection dans le cadre des idées actuelles sur l'immunité et l'allergie : Enfin, elle permet d'utiles indications prophylactiques ».

Récemment, Flandin, Baranger, Ragu, ont conseillé l'emploi d'un complexe de Chaulmoogra et de Cholesterol permettant l'injection intra veineuse à hautes doses de dérivés Chaulmoogriques. Cette méthode encore à l'étude, arrêterait l'évolution de la lèpre, supprimerait les bacilles des sécrétions nasales et annihilerait la contagion pendant la durée du traitement.

En résumé : Les préparations d'huile de Chaulmoogra et le traitement général amènent dans les cas récents des rémissions cliniques qui constituent de véritables guérisons, Elles permettent d'améliorer et de stabiliser les cas anciens et réduisent au minimum les possibilités de contagion.

4° Traitement général

Si le traitement chaulmoogrique, malgré son efficacité incontestable a soulevé des critiques, les léprologues sont d'accord pour affirmer qu'une hygiène bien comprise, une

alimentation variée, abondante, riche en vitamines, sont des adjuvants précieux. Certains n'hésitent pas à voir en eux les seuls facteurs des rémissions et régressions constatées. On cite comme ennemis de la lèpre :

Une alimentation saine, modérée, des habitudes régulières, des exercices nombreux, une bonne régularisation intestinale, enfin l'absence de maladies intercurrentes.

Nous insisterons sur le facteur alimentaire. En Guyane, malgré la richesse légendaire du sol et des mers, l'alimentation a toujours été un problème important. La colonie n'a jamais pû se suffire à elle-même et la majorité des travailleurs sont sous alimentés. Ils se nourrissent exclusivement de denrées pauvres en éléments nutritifs et dépourvues de vitamines. Les salaisons entrent pour une bonne part dans l'alimentation quotidienne. Rarement le travailleur mange de la viande. Si l'on ajoute à cette misère physiologique, la quasi certitude que le Guyanais est impaludé, on comprend aisément le terrain propice offert à l'éclosion de la maladie de Hansen ou de la tuberculose. Jeanselme a montré comment les indigènes sous alimentés du centre africain étaient facilement contaminés. Ce problème de l'alimentation ne cesse d'intéresser les physiologistes et des études générales sur l'alimentation coloniale sont en cours. Il est indéniable que la sous alimentation en amoindissant notre aptitude naturelle à réagir crée un état favorisant l'éclosion ou la contagion de la maladie.

Gougerot estime qu'un régime alimentaire, rigoureux, essentiellement déchloruré permettrait de rapides et durables rémissions. Il insiste sur l'importance d'une bonne alimentation en pays endémique.

Stevenel signale l'influence néfaste d'un régime trop acide sur l'évolution de la lèpre. « A la léproserie de l'Aca-rouany nous avons fait baisser la mortalité d'une façon manifeste rien qu'en assurant aux internés une nourriture copieuse, en supprimant le plus possible de leur régime les acides ».

Enfin le Docteur Ferrier a donné son nom à un traitement. Ayant remarqué la décalcification massive que l'on rencontrait au cours de la lèpre, décalcification qui est une grande cause favorisante, car le B. lépreux est un décalcificateur plus énergique que le B. tuberculeux. Il est donc indiqué de soumettre le malade à une cure de recalcification progressive analogue à celle que l'on poursuit dans la tuberculose.

Il fait absorber des sels de Ca; empêche la formation ou l'introduction d'acides par les aliments (Régime anoxyde). Chez les enfants, l'emploi des ergostérols irradiés combinés avec les sels de chaux et l'adrénaline, constituent un traitement récalcifiant très efficace.

En général, tous traitements médicamenteux susceptibles de relever l'état général des hansenienens doivent être largement utilisés. « Le traitement anti lépreux fait luire pour les malheureux réprouvés, un espoir de guérison; il se perfectionne tous les jours, n'est-ce pas assez pour nous donner du courage dans cette croisade contre la lèpre que les pays civilisés ont le devoir d'entreprendre ? »

Résultats des traitements faits à l'Institut d'Hygiène de Cayenne

450 malades ont été traités dans l'année 1938, 11.634 injections pratiquées :

Huile de Chaulmoogra gaïaculée.. 10.351

Hyrganol	552
Bleu de Méthylène.....	112
Sol : Lugol	620

Résultats :

Amélioration	116
Etat stationnaire	280
Aggravation	54

L'huile de Chaulmoogra gaïaculée à 4 % à la dose de 5 cc. a donné des résultats satisfaisants, mais toujours limités. Son action paraissant s'épuiser à la longue. Elle est très bien tolérée, ne provoque que de rares indurations, son action, très nette dans les formes tuberculoïdes et nodulaires, semble nulle dans les formes nerveuses. Utilisée pure en injection intra dermique au niveau des lépromes, elle a amené la disparition et la diminution de l'infiltration et l'affaiblissement de ceux-ci.

Les comprimés de Chaulmoogra ont été distribués à des doses variant de 4 à 16 et même 20 comprimés par jour. Ils sont bien tolérés chez les uns, par contre chez d'autres malades, ils provoquent de la Gastralgie et des vomissements.

L'hyrganol a semblé moins efficace que l'huile gaïaculée. Il présente en outre le désavantage de provoquer des indurations fréquentes et une douleur vive au moment de l'injection. Le Docteur Berny l'ayant utilisé par voie veineuse, signale qu'il est mal toléré par les malades.

Le Bleu de Méthylène R.A.L. à 10 % employé selon la méthode du Docteur Montel à des doses atteignant 50 cc., n'a donné que peu d'amélioration; cependant, c'est un élément de diagnostic important. Il colore les lésions bacilli-

fières d'une façon durable, mais n'amène qu'un léger affaïssement des modules.

A forte dose, le B. de méthylène provoque une sensation de brûlure jusqu'à la racine du membre où est faite l'injection; a une action défavorable sur l'état général en cas d'insuffisance hépatique ou rénale.

A l'institut d'hygiène de Cayenne, on pense que les préparations à base d'huile de Chaulmoogra produisent un effet plus durable et plus précoce.

Le médecin de l'institut a traité trois malades par des injections intra-veineuses de Lugol à raison de 5 à 10 cc. tous les deux jours. Ces trois cas ont été nettement améliorés. Le lugol colore électivement les lésions mais en un jaune moins voyant que la teinte donnée par le bleu de méthylène.

Les essais pratiqués avec les plantes du pays n'ont donné aucun résultat susceptible d'être signalé.

Enfin la mécano-thérapie, suivie avec persévérance, a donné une amélioration notable de l'état général chez un malade complètement ankylosé et incapable d'un effort physique.

« Ce résultat vient à l'appui des thèses américaines qui préconisent la culture physique comme un utile adjuvant des autres thérapeutiques, susceptible de donner aux grabataires une certaine activité et le relèvement de leur état psychique ».

En règle générale : « Les améliorations constatées se sont produites à tous les stades et dans toutes les formes, sauf dans la forme nerveuse pure, qui stabilisée, reste intangible ».

PROPHYLAXIE DE LA LÈPRE

« En fait d'Hygiène et de prophylaxie, les idées comme les actes qui les concrétisent se modifient et doivent se modifier suivant les milieux, les époques et les possibilités ». (Professeur Tanon).

D'une brûlante actualité, la question de la prophylaxie de la lèpre est basée sur les acquisitions étiologiques les plus rationnelles. « Elle n'a plus recours aujourd'hui qu'à des mesures scientifiquement justifiées qui contrastent singulièrement avec les dispositions antérieures, instinctives et suggérées par la peur ».

Du moyen-âge à nos jours, la lutte anti-lépreuse a connu différentes phases qui ne sont que le reflet des idées de ces époques. Pour se protéger contre ce mal inexorable, l'antiquité et le moyen-âge n'avaient connu qu'un unique moyen : Traquer le suspect et le séquestrer à la façon d'un malfaiteur quand il était lépreux.

Voici l'anathème que lançait contre ces réprouvés un poète hindou, il traduit l'impression de l'antiquité toute entière : « Qu'il se cache et vive à l'écart sur une litière de fumier avec les chiens galeux et les animaux immondes... qu'on le chasse des villages à coups de pierre et qu'on le couvre d'ordures, lui, vivante ordure ».

Les défenses du moyen-âge procèdent du même esprit : « Je te défends d'entrer dans les églises, marchés, moulins et lieux où il y a affluence de peuple : Je te défends laver

maines et choses à ton usage es fontaine, ruisseaux et si tu veux y boire, faut prendre avec un vaisseau honneste ».

C'était l'époque où la lèpre ravageait le pays de France, où l'on disait avant de refermer les portes d'une léproserie, sur un malade, une messe qui ressemblait étrangement à l'office des morts. Cette mise « hors du siècle » systématique des lépreux fut la première orientation de la prophylaxie de la lèpre.

Puis voici que passe le grand souffle vivifiant de la renaissance :

« Je conseille que lorsqu'on les voudra séparer, on le fasse le plus doucement et le plus amiablement possible, ayant mémoire qu'ils sont semblables à nous, et les faut admonester que combien qu'ils soient séparés du monde, toutefois ils sont aimés de Dieu en portant patiemment leur croix ».

Tout près de nous c'est encore la séquestration, qui pour certains léprologues est envisagée comme le seul mode de salut. Séquestration mitigée, ou déguisée, car on n'ose plus prononcer le mot de séquestration tout en l'admettant. Ceux qui défendent la séquestration admettent que ces méthodes draconiennes ont fait disparaître le fléau de la France et de l'Europe occidentale. « Rien n'est moins prouvé. On peut se demander pourquoi, malgré cette séquestration radicale, la lèpre a persisté en France de façon inquiétante du ^{vi}^e au ^{xvi}^e siècle et pourquoi lorsque les léproseries eurent fermé leurs portes au ^{xvi}^e, tous les lépreux n'ayant pas disparu, on en a la preuve, la maladie ne s'est pas rallumée ». (Docteur Léger).

L'absolutisme des isolistes à outrance s'étendait aussi aux métropolitains. Dans un traité classique, Perrin écrit en 1922 : « Quant aux Français des colonies ou du conti-

nent qui contractent la lèpre, on devrait les isoler dans une île de la côte qui ne serait habitée que par eux et dans laquelle ils ne pourraient avoir aucun contact avec les habitants du continent ».

Traiter en paria un malheureux qui s'expatrie pour concourir au développement économique de sa patrie ! L'injustice est flagrante.

Mais heureusement une autre opinion, plus puissante, parce que soutenue par ses sentiments humanitaires, est lancée par le Professeur Marchoux. « La tradition nous envoûte écrit-il et nous masque l'erreur sociale que ces maisons d'isolement consacrent, non, il faut traiter les lépreux sur le plan social, avec le minimum de mesures coercitives individuelles. Il faut adapter les différentes mesures prophylactiques aux mœurs différentes des peuples où elles doivent s'appliquer. Mais seules, les considérations humanitaires devront présider à l'élaboration de toute mesure législative ».

C'est la phase de prophylaxie sociale, la lèpre est alors comprise dans le groupe des « maladies sociales » auxquelles l'état a le devoir de s'intéresser. En effet, pour une population de 49.000.000 d'habitants, l'empire colonial français accuse officiellement 150.000 lépreux, suivant les estimations proposées, il existerait 170.000 à 200.000, car le dénombrement exact n'a jamais pû être fait. On aura une idée exacte du nombre des Hanséniens de l'empire colonial que lorsqu'il aura été possible d'effectuer un recrutement complet de tous les malades. C'est une œuvre de longue haleine !

Il a fallu une lutte acharnée, une campagne de plus de 20 années, pour faire admettre que la lèpre était une maladie sociale, répandue aux Colonies comme la tuber-

culose en France. Actuellement, ces idées fécondes régissent la prophylaxie anti-lépreuse dans les colonies françaises. S'inspirant des idées humanitaires, elle devait trouver en même temps que l'appui des pouvoirs publics, la faveur des malades. Ces derniers réveillés de leur torpeur ont compris qu'un vent nouveau soufflait, que l'espérance renaissait, que leur dignité d'hommes était respectée. Cette prophylaxie comme le dit Jeanselme, ne se résume pas en une formule unique « Dans aucun cas les mesures à prendre ne doivent être uniformes, absolues, générales, permanentes, elles doivent être réglées selon les caractères particuliers à la région, l'état social, le coefficient de virulence, selon qu'il y a ou non foyer lépreux, en un mot suivant l'état des lieux, des choses et des hommes ».

Nous exposerons les bases de la prophylaxie moderne anti lépreuse en général, comme elle est pratiquée dans les vieilles colonies françaises. Nous soulignerons l'état de la prophylaxie de la lèpre en Guyane, telle qu'elle est conçue de nos jours, grâce à l'activité de la Commission consultative de la lèpre au ministère des colonies. Enfin, nous tirerons des conclusions du dernier rapport de l'institut d'hygiène de Cayenne.

Les essais d'innoculation de la lèpre à l'homme, tentés par Danielsen ont montré que la lèpre n'était pas inoculable à l'homme, dans les conditions habituelles de l'expérience. Cependant on ne peut nier que la lèpre est contagieuse (cas des Chinois en Océanie, des condamnés en Guyane française). Le rôle des insectes dans la transmission de la maladie, retient l'attention des chercheurs, mais n'est pas démontré. Le facteur héréditaire n'est qu'exceptionnel. Le mystère de la contagion reste encore grand. Cette prophylaxie doit donc tendre :

a) A stériliser les porteurs de bacilles, soit par le traitement ou l'isolement humain.

b) Des soins d'hygiène aux malades et à l'entourage. Ce sont ces mesures que nous étudierons en détail.

Mesures individuelles

a) *Chez un malade à lèpre fermée.* — On exercera une surveillance médicale qui souvent sera suffisante. Elle s'accompagnera d'instructions destinées à éviter toute contamination possible de son entourage. La vie extérieure du malade sera séparée de celle de son entourage : Ses objets de toilette, sa literie, ses livres, ses couverts, seront strictement personnels.

b) *Malade à lèpre ouverte.* — Il sera isolé dans une chambre, dont l'accès sera interdit aux enfants, et ceci formellement.

Les adultes pourront y accéder en prenant toutes les précautions nécessaires. Eviter le plus possible de trop longues visites. Ces malades devront faire eux-mêmes leur lessive, si la chose est impossible, la personne qui s'en chargera devra être avertie et évitera toute souillure, en traitant les objets à laver par l'ébullition d'abord, et le linge par un séjour de 24 heures dans une solution de lysol ou Crésyl, à 5 %.

Toute lésion sera soignée par un pansement occlusif. Le malade aura une alimentation simple, saine et variée.

Si le malade est invalide, indigent, il doit être pris en charge par l'Assistance publique et hospitalisé au Camp St-Denis, soit au pavillon des hanséniens, soit dans une salle commune.

Si le lépreux doit respecter son entourage et éviter de contaminer ses proches, les personnes saines doivent aussi

respecter l'isolement du malade tout en lui procurant par leur attachement le réconfort moral sans lequel tout effort est voué à l'échec.

Les enfants nés de parents malades contagieux, seront éloignés et confiés à des parents sains. S'ils naissent de lépreuses, à forme nerveuse cristallisée non bacillifère, ils ne seront pas élevés au sein, la personne qui les élèvera sera médicalement examinée. Les enfants seront surveillés par le médecin.

I. Prophylaxie collective

Cette prophylaxie collective sera basée sur les données élémentaires suivantes :

- a) Dépistage et recensement;
- b) Destination à donner aux malades;
- c) Réglementation locale et propagande;
- d) Organisation du traitement;
- e) Centralisation des résultats.

Ces données doivent s'inspirer elles-mêmes « du principe humanitaire qu'il faut tout en assurant la sauvegarde de la population saine, abandonner la doctrine moyenâgeuse de l'isolement par contrainte et instaurer des règlements plus humains que ceux qui sont généralement en vigueur ».

Avant tout, évaluer le degré d'endémicité pour pouvoir marquer l'arrêt de l'endémie dans les années futures. Si toutes les conditions sont respectées dit le Docteur Tisseuil, chef du Service de santé de la Guyane, la régression de l'endémie se fera facilement.

Le dépistage des malades et des suspects se fera :

- 1° Par tous les moyens;
- 2° En toute occasion. Ayant toujours à l'esprit la grande susceptibilité des familles éprouvées. Le médecin de l'as-

sistance médicale déclarera tous les cas observés. Un système de fiches sera mis à la disposition du médecin. Un carnet obligatoire sera remis au malade et visé par le médecin chargé de l'institut d'hygiène.

3° De nombreux dispensaires seront créés. Un dans toutes les communes. Il sera dirigé par un infirmier ayant satisfait à des épreuves subies à Cayenne. Cet infirmier aura mission de visiter toutes les maisons de sa commune, de prodiguer ses soins aux malades et de rendre compte des faits au « médecin visiteur ». Dans les principales communes, on pourrait adjoindre au dispensaire une infirmerie pour grands malades, impotents, grabataires. Le médecin visiteur pourra plus facilement les voir lors de ses visites.

II. Destination à donner aux malades

a) *Les impotents*, hospitalisés dans des formations hospitalières, affectées à leur seul usage.

b) *Lépreux contagieux aisés*, isolement à domicile, sous surveillance médicale. — Etant entendu que c'est le droit absolu du malade. Mais sous réserve de respecter strictement les ordonnances médicales.

c) *Lépreux non contagieux*. — Mêmes prescriptions, doit se présenter régulièrement à l'institut d'hygiène.

d) Les enfants : Mêmes règles que pour les tuberculeux.

III. Règlementation et propagande

a) Tous les métiers qui exposent à la contagion doivent être interdits aux lépreux;

b) Les suspects qui exercent des métiers quelconques doivent être sous une surveillance médicale constante.

c) Exécution scrupuleuse de l'arrêté du 1^{er} juin 1935.

On fera appel, aux initiatives privées. On emploiera tous les moyens de persuasion, le but à atteindre étant d'amener le malade au médecin dès l'apparition du premier symptôme. Cette propagande sera faite au moyen de la presse locale, d'affiches, de tracts, de films. Les notabilités de la ville apporteront leur concours, en faisant des causeries, des conférences accompagnées de projections. Ces conférences n'étant pas seulement adressées à l'élite, les conférenciers se mettront à la portée du public à atteindre. On luttera contre le pessimisme trop répandu au sujet de l'efficacité du traitement.

Des médecins seront chargés d'instruire les instituteurs. Le professeur de sciences naturelles ou un médecin, sera chargé d'un cours d'hygiène et de prophylaxie des maladies endémiques.

Un appel sera adressé à toutes les personnalités ayant une autorité quelconque, afin d'instruire leur entourage et d'éviter la contagion par le dépistage précoce.

On ne doit pas avoir peur de parler de lèpre, au contraire, tous les esprits doivent être tendus vers le même but : Arrêter le fléau.

IV. L'organisation du traitement

Le traitement suivi régulièrement sera renforcé par une hygiène irréprochable. On combattrà les maladies associées. Les enfants seront vêtus, on ne marchera pas pieds nus.

Le traitement moral, sera confié aux œuvres qui sont déjà créées. On évitera la solitude. Les visites d'infirmières visiteuses, des scouts, des jeunes filles, seront multipliées.

Après un tel effort, il est impossible que l'endémie ne régresse bientôt. Les résultats seront centralisés, un rapport unique synthétisera ce travail formidable fait pour arrêter l'évolution de ce monstre terrifiant.

Cette œuvre, nul ne l'ignore, réclame un effort gigantesque. Trois énergies doivent en arriver à bout. Il faut qu'elles s'allient courageusement. La France, par la C. C. Lèpre a pris la tête du mouvement. La colonie si pauvre soit-elle peut trouver des ressources. Les Guyanais si généreux ne refuseront pas de s'associer à cette croisade moderne.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, il résulte un fait essentiel. La situation de la Guyane est sérieuse, mais bien d'autres endémies tropicales plus dangereuses, ont été vaincues par l'ardeur et la ténacité des médecins coloniaux.

Pour réaliser cette œuvre de salut public, il faut une autorité qualifiée et convaincue qui sache communiquer sa conviction à tous ses collaborateurs, suivre pas à pas les résultats et être toujours prête à améliorer les moyens aussi bien qu'à redresser les défaillances.

Par un passé fait de négligence et d'apathie, les Guyanais ont laissé évoluer un mal qu'une prophylaxie active aurait enrayé. Les victimes d'une contamination qu'on aurait pu éviter, aussi bien que leurs familles doivent apporter leur concours au service de santé; leur aide est une condition du succès.

Cette vaste entreprise de défense sanitaire, d'amélioration sociale et de relèvement démographique exige une collaboration étroite de toutes les forces vives du pays. Elle doit grouper autour d'elle, tous les services et toutes les personnalités en contact avec la population.

La France ayant conscience du danger, et désirant montrer son attachement à ses colonies ne cesse de déployer une immense activité. Elle prouve par son action constante, par les responsabilités qu'elle assume, sa volonté de juguler la terrible endémie. Déjà, des résultats satisfaisants sont signalés à l'institut d'hygiène.

Pour que ces efforts ne soient pas vains, il faut que le Guyanais sache le danger qui le guette. Il faut que les hommes intelligents comprennent que l'heure est venue de passer aux actes.

Cette œuvre immense nécessitera de grands sacrifices qu'ils consentiront s'ils veulent sauver la population et vaincre cette horrible plaie sociale qui désole la Guyane.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur de l'Académie
de Paris :*

A. ROUSSY.

Vu :

Le Président de Thèse :

L. TANON.

Vu :

Le Doyen :

TIFFENEAU.

BIBLIOGRAPHIE

- BAJON. — *Mémoire pour servir à l'histoire de Cayenne et de la Guyane française.*
- BERNY. — *Lèpre et Peaux rouges en Guyane.* Revue Coloniale de Médecine et chirurgie, 1937.
- BERNARD (B.). — *Prophylaxie de la lèpre au Brésil.* Rev. Hygiène Sociale, 1932.
- BERTHEZÈNE. — *Traitement de la lèpre par le Bleu de Méthylène.* Thèse, Lyon, 1936.
- R. P. BRETON. — *Les Caraïbes de la Guadeloupe.*
- BURNET (Etienne). — *Lèpre, Légendes, Histoires, Actualités.* Flammarion, Paris.
- 2° *La lèpre à la S.D.N.* Rev. Hygiène sociale, 1932.
- BUTAVAND (Arlette). — *Traitement de la lèpre par le Chaulmoogra.* Europe médicale, 1938.
- 2° *La femme en pays de mission.* Thèse, Lyon.
- CREVAUX. — *Voyages d'exploration en Guyane française.*
- CLARAC. — *Hygiène de la Guyane française, traité d'hygiène de Brouardel, Chantemesse et Mosny.* Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniale, 1902.
- DAMAS (L.-G.). — *Retour de Guyane,* Librairie Corti, Paris.
- DE COLONJON, Geneviève-Marguerite (en religion, Sœur Gilberte). — *Lutte contre la lèpre. Efforts des missions catholiques aux Colonies.* Thèse Paris, 1939.
- DEVEZ. — *Ce que tout le monde doit savoir de la lèpre en Guyane.*
- DECOURT. — *Psychologie du lépreux.* Rev. Coloniale Méd. Chir., 1933.
- DELINOTTE (Henri). — *Lutte contre la lèpre aux Colonies, œuvre de la commission consultative de la lèpre au ministère des colonies.*
- FERRIER. — *Traitement physiologique de la lèpre.* Concours médical, janvier 1933.
- FLANDIN, BARANGER, RAGU. — *Essai de traitement de la lèpre par un complexe nouveau Chaulmoogra Cholesterol.* Compte rendu, académie des Sciences, août 1936.

- GOUGEROT. — 1° *Traitement actuel de la lèpre*. Progrès Médical, 1930.
- 2° *Dermatologie en clientèle*.
- GUILLON (A.). — 1° *Lèpre, lépreux et léproseries en Guyane française*. Doin, 1912.
- 2° *Situation morale du lépreux à l'Acarouany*. La Clinique, 1911.
- 3° *Lèpre et droit des gens*, La Clinique, 1911.
- HENRY. — 1° *Etat actuel de la lèpre en Guyane française*. Rev. Méd. et Hyg. trop., 1921.
- 2° *La Guyane, capitale Cayenne*. Flammarion.
- JEANSELME. — 1° *La lèpre*, Doin, 1935.
- 2° *Notes sur la fréquence de la lèpre parmi les recrues coloniales*. Bull. soc. path. exot., 1916.
- 3° *Lèpre en France et dans ses colonies*, conférence de Berlin, 1897.
- JEANSELME, TISSIER. — *Histoire des léproseries en Guyane française*. Rev. Méd. et Hyg. trop., 1908.
- KERMOGANT. — 1° *Morbidité et mortalité des transportés et des relégués en Guyane et en Nouvelle Calédonie*. Annales d'Hyg. et de Méd., Col., 1903.
- 2° *Notes sur la lèpre dans nos diverses possessions coloniales*. An. d'Hyg. et de Méd. col., 1905.
- LAFAURIE. — *Piaieurs à la Guyane*. Annales d'Hygiène et de Méd. col., 1902.
- LABERNADIE. — 1° *Contribution à l'étude de la contagiosité de la lèpre*. Rev. Méd. et Hyg. trop., 1930.
- 2° *Contribution à l'étude de la lèpre en Guyane*. Bull. Soc. path. exot., 1927.
- LABORDE. — *Rapport sur le mal rouge de Cayenne*. Paris, 1785.
- MARCHOUX. — 1° *La lèpre aux Colonies et à l'institut de Bamako*. Paris Médical, juin 1935.
- 2° *La lutte contre la lèpre dans les Colonies françaises*. Rev. Coloniale de Méd. et de Chir., septembre 1937.
- 3° *Projets de loi*. Annales d'Hygiène et de Médecine légale, février 1914.
- 4° *III^e conférence internationale de la lèpre*.
- MARCHOUX et CHORINE. — 1° *Culture du B. de la lèpre*. Rev. Française de Dermato et Vénérologie, juin 1933.
- 2° *Action du Bleu de Méthylène sur les lépreux*. Bull. de l'académie de Méd., 1935.
- MARKIANOS. — *Prophylaxie de la lèpre*. Medicina Argentina, 1929.

- MONTEL. — 1° *Phases de la lèpre, leur importance dans l'application du traitement Chaulmoogrique*. Rev. coloniale, Méd. et chir., 1933.
- 2° *Etat actuel de la question de la lèpre*. Grandes endémies. Vigot, 1933.
- MUIR. — *La lèpre, traitement, prévention*, traduction française de P. Hermant, Paris, 1929.
- ROBINEAU. — *L'institut central de la lèpre à Bamako*, grandes endémies, 1936.
- RAMBAUD. — *La France Coloniale*.
- STEVENEL. — *Traitement et prophylaxie de la lèpre aux colonies*. Rev. Hygiène sociale, 1932.
- SIMOND. — *La lèpre en Guyane*. Thèse Bordeaux, 1887.
- S.D.N. — *Prophylaxie de la lèpre*, avril 1931.
- TISSEUIL (J.). — *De la diffusion du bacille lépreux dans un milieu à lèpre endémique*. Bull. soc., path. exotique, juin 1931.
- 2° *Quel a été jusqu'à ce jour l'avenir des guérisons cliniques de la lèpre en Nouvelle-Calédonie*. Bull. soc. path. exoc., juin 1930.
- THEZÉ. — *Mémoire sur la path. Guyane française*.
Office international d'Hygiène publique de 1910 à 1938.

TABLE DES MATIÈRES

<i>INTRODUCTION</i>	1
Croyances	5
Psychologie	11
Les missions	17
L'Acarouany	23
Réglementations	31
Réveil des léprologues	39
Traitement	53
Prophylaxie	65
<i>CONCLUSIONS</i>	75
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	77

ACHEVÉ D'IMPRIMER LE 12 JUIN 1939
PAR LES PRESSES MODERNES
96, GALERIE BEAUJOLAIS — PALAIS-ROYAL
PARIS (1^{er})

